

**Kwestionariusz samooceny**  
**do wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do**  
**Powiatowego Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ciechanowie**

**1. Dane osobowe:**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Data urodzenia: .....
4. Stan cywilny: .....
5. Czy wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną/ma ustalonego pełnomocnika: TAK/NIE  
Jeśli tak proszę o wskazanie:  
Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika:.....  
.....
6. Dane osoby do kontaktu w sprawie uczestnika: (*imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, nr. Tel.*) .....
- .....

**2. Sytuacja rodzinna**

Czy ma Pan/i dzieci?                      **a)** tak                      **b)** nie

Z kim Pan/i mieszka (*dotyczy osób wspólnie zamieszkujących*), proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające oraz stopień pokrewieństwa: .....

.....

.....

.....

**3. Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji.**

*Poniżej będą wymienione niektóre czynności życia codziennego. Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/i możliwości*

- 1) myję się przy umywalce:  
**a)** sam(-a)    **b)** z pomocą    **c)** ktoś inny mnie myje
- 2) myję zęby (czyszczę protezę zębową):  
**a)** sam(-a)    **b)** z pomocą    **c)** ktoś inny robi to za mnie
- 3) czeszę się:  
**a)** sam(-a)    **b)** z pomocą    **c)** ktoś inny mnie czesze
- 4) golenie (dotyczy Panów):  
**a)** sam(-a)    **b)** z pomocą    **c)** ktoś inny mnie goli
- 5) korzystam z prysznic:  
**a)** sam(-a)    **b)** z pomocą    **c)** w ogóle nie jestem w stanie

- 6) kąpię się w wannie:  
 a) sam(-a)    b) z pomocą    c) w ogóle nie jestem w stanie
- 7) ubieram się i rozbieram:  
 a) samodzielnie    b) z pomocą innej osoby    c) jestem ubierany i rozbierany przez inną osobę
- 8) spożywam posiłki:  
 a) samodzielnie    b) samodzielnie, ale z ograniczeniami (np. jem tylko jedną ręką, nie posługuję się wszystkimi sztućcami itp.)    c) jestem karmiony przez inną osobę  
 d) inne ograniczenia .....
- 9) Kontroluję czynności fizjologiczne:  
 a) tak    b) nie  
 c) nie zawsze    d) używam pieluchomajtek    e) używam pampersów  
 d) inne, np. używam cewnika, sprzętu stomijnego itp. ....

#### 4. Charakterystyka zdolności do poruszania się.

*Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi*

##### 1) Poruszam się po mieszkaniu:

- a) samodzielnie,  
 b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne - jakie?  
 (proszę wskazać rodzaj pomocy) .....  
 c) poruszam się na wózku inwalidzkim,  
 d) tylko przy pomocy/asekuracji innej osoby,  
 e) w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu - jestem osobą leżącą

##### 2) Wychodzę z domu:

- a) samodzielnie,  
 b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul itp.,  
 c) tylko przy pomocy/asekuracji innej osoby,  
 d) przy pomocy sprzętu (np. na wózku inwalidzkim) i w towarzystwie innej osoby,  
 e) opuszczam mieszkanie przy pomocy transportu medycznego,  
 e) w ogóle nie opuszczam mieszkania

##### 3) Mogę korzystać z publicznego transportu (tramwajów, autobusów):

- a) bez problemów,  
 b) z ograniczeniami – jakimi?- .....  
 c) w ogóle nie jestem w stanie – dlaczego? .....

#### 5. Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

##### 1) Mogę przygotować prosty posiłek:

- a) samodzielnie,

- b) samodzielnie, ale z trudnością,
  - c) z pomocą innej osoby,
  - d) w ogóle nie jestem w stanie przygotować posiłku
- 2) **Mogę zrobić codzienne porządki w mieszkaniu:**
- a) samodzielnie,
  - b) samodzielnie, ale z trudnością,
  - c) z pomocą innej osoby,
  - d) w ogóle nie jestem w stanie posprzątać mieszkania
- 3) **Mogę zrobić zakupy:**
- a) samodzielnie
  - b) samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby
  - c) w ogóle nie jestem w stanie zrobić zakupów

**6. Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi**

*Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć wszystkie te które występują w Pana/i codziennym życiu*

- 1) Mam kłopoty ze słuchem :
- a) tak            b) nie
  - jeśli tak, to jakie? (np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.)
  - .....
- 2) Mam problemy z mówieniem:
- a) tak            b) nie
  - jeśli tak, to jakie? .....
  - .....
- 3) Korzystam z innej formy komunikacji:
- a) tak            b) nie
  - jeśli tak, to jakiej?.....
- 4) Mam kłopoty z rozumieniem innych osób;
- a) tak            b) nie
  - jeśli tak, to na czym one polegają ?
  - .....
  - .....
- 5) Mam kłopoty z pamięcią:
- a) tak            b) nie
  - jeśli, tak to na czym one polegają, (np. o czym zapominam)
  - .....

**7. Charakterystyka sprawności narządu wzroku**

*Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te wszystkie, które dotyczą Pana/i*

- 1) Czytam / piszę:

