

Kwestionariusz służący do sporządzenia oceny psychologicznej dziecka

1. Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności w związku z niemożnością osobistego stawiennictwa dziecka na posiedzeniu zespołu. (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r. poz. 857).
2. Informacje uzyskane z kwestionariusza będą przetwarzane wyłącznie przez skład orzekający w ramach postępowania o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt sprawy dziecka.
3. Proszę uzupełnić ostatnią stronę kwestionariusza, jeśli:
a) chcą Państwo dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,
b) chcą Państwo uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia dziecka
3. Nr PESEL
4. Adres zamieszkania dziecka
5. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka
6. Nr aktu urodzenia dziecka (lub dowodu osobistego, lub paszportu, lub legitymacji).....

II. Sytuacja rodzinna dziecka: (np.: rodzina pełna, rozbita, zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza- jeśli tak to od kiedy, inne) - wybrać właściwe

Liczebność rodziny: (czy dziecko ma rodzeństwo? W jakim wieku?, proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie zamieszkujące i zaznaczyć stopień pokrewieństwa)

III. Źródło utrzymania i sytuacja materialna rodziny: (z czego utrzymuje się rodzina

wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura opiekunów, inne źródła)

IV. Sytuacja mieszkaniowa rodziny: (np.: bloki, kamienica, domek jednorodzinny, inne – proszę podać jakie).....

Ilość pokoi (nie licząc kuchni)..... które piętro

Czy w budynku jest winda **TAK** **NIE** (zaznaczyć właściwe)

Czy w mieszkaniu znajduje :	łazienka	TAK	NIE
	WC	TAK	NIE
	Kuchnia	TAK	NIE
	Gaz	TAK	NIE
	Bieżąca woda	TAK	NIE
	Ogrzewanie	TAK	NIE (jakie?

Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb rodziny? **TAK** **NIE**

(jeśli nie to dlaczego?

V. Charakterystyka funkcjonowania dziecka:

(stopień usamodzielnienia dziecka należy porównać z samodzielnością oczekiwaną dla dzieci w danym wieku. Określić na ile zakres pomocy lub opieki na dzieckiem świadczony przez opiekunów przewyższa wsparcie potrzebne dziecku w jego wieku)

1. **Stopień samodzielności dziecka w ubiorze:** (np. samodzielnie, wymaga pomocy w sznurowaniu butów, zapinaniu guzików, inne) proszę podać zakres wsparcia

-
-
- 2. Stopień samodzielności dziecka w spożywaniu posiłku:** (np. np. samodzielnie, nie posługuje się nożem, wymaga rozdrobnienia posiłku, stosowanie ssaka i inne, w tym konieczność stosowania diety, jeśli tak to jakiej? Wymienić wyeliminowane produkty, inne) – proszę podać zakres wsparcia
-
-
- 3. Stopień samodzielności dziecka w przemieszczaniu się w środowisku:** (np.: samodzielnie, wymaga stałego nadzoru, asekuracji, korzystania z kuli łokciowej, wózka inwalidzkiego, utyka, potyka się występują zaburzenia równowagi, inne) proszę podać zakres wsparcia
-
-
- 4. Stopień samodzielności dziecka w higienie:** (np.: samodzielnie, wymaga pomocy w kąpieli, myciu i czesaniu włosów, obcinaniu paznokci, inne) podać zakres wsparcia
-
-
- 5. Stopień realizacji potrzeb fizjologicznych:** (np.: samodzielnie, nie sygnalizuje, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, wymaga cewnikowania, korzystania z pampersów, moczy się w nocy, inne) proszę podać zakres wsparcia
-
-
- 7. Stopień samodzielności dziecka w komunikowaniu się z otoczeniem:** (np.: mówi prostymi, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąka się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne) proszę podać sposób komunikacji)
-
-
- 8. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne:** (np.: kule łokciowe, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, materac przeciwoślizgowy, sposób dostosowania mieszkania, inne) proszę podać zakres wsparcia
-
-
- 9. Rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych:**(np.: rehabilitacja usprawniająca, basen, gimnastyka korekcyjna, terapia logopedyczna, pedagogiczna, psychologiczna i inne, jak często) proszę podać zakres wsparcia
-
-
- 10. Sytuacja szkolna dziecka** (np.: uczeń szkoły ogólnodostępnej, specjalnej, klasy integracyjnej – aktualnie która klasa, czy dziecko ma odroczony obowiązek szkolny, czy powtarzało klasę, pobierało nauczanie indywidualne, uczyło się w oddziałach psychiatrycznych, ile razy, w których klasach, wyniki w nauce)
-
-
- 11. Funkcjonowanie intelektualne dziecka:** (proszę wypełnić w przypadku dzieci posiadających diagnozę psychologiczną z P.P.P., P.Z.P, szkół, szpitali i innych instytucji) proszę podać diagnozę (jeśli jest dołączyć opinię psychologiczną)
-
-

12.Funkcjonowanie emocjonalne dziecka: (nastrój, jak sobie radzi z chorobą?)

.....

.....

13.Funkcjonowanie społeczne dziecka:(czy posiada grupę rówieśniczą?, czy nawiązuje kontakty społeczne?)

.....

.....

MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego lub jego opiekuna prawnego