

**Kwestionariusz pomocniczy dotyczący sytuacji społecznej i zawodowej wnioskodawcy  
dołączony do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

1. Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji z uwagi na odstępianie od bezpośredniego badania osoby orzekanej wynikające ze stanu epidemii (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 2018 r. poz. 2027 z późn. zm.).
2. **Wypełnienie kwestionariusza jest dobrowolne**, jednakże im więcej odpowiedzi zostanie udzielonych, tym bardziej adekwatna będzie ocena specjalisty w składzie orzekającym.
3. Informacje uzyskane z kwestionariusza będą przetwarzane wyłącznie przez skład orzekający w ramach postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt sprawy wnioskodawcy.
4. Kwestionariusz wypełniamy stawiając znak **X** w odpowiednim polu (w pytaniu może być właściwe więcej niż jedno pole, np. źródło utrzymania to wynagrodzenie i renta) lub wpisując odpowiedź we wskazanym miejscu.
5. Proszę uzupełnić ostatnią stronę kwestionariusza, jeśli:
- chcą Państwo dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,
  - chcą Państwo uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu,
  - chcą Państwo opisać swoją sytuację społeczną i zawodową zamiast wypełnienia kwestionariusza.

|            |                |                                  |                                               |
|------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| Imię ..... | Nazwisko ..... | Kwestionariusz został wypełniony | <input type="checkbox"/> samodzielnie         |
|            |                |                                  | <input type="checkbox"/> z pomocą innej osoby |

| [ TABELA 1 ] SYTUACJA RODZINNA |                       |        |        |       |                |                                                                |                |             |
|--------------------------------|-----------------------|--------|--------|-------|----------------|----------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| wspólne zamieszkiwanie         | stopień pokrewieństwa |        |        |       |                |                                                                |                |             |
|                                | dziadek               | babcia | ojciec | matka | brat / siostra | syn / córka<br>(jeśli tak, proszę podać wiek dziecka / dzieci) | wnuk / wnuczka | inne (kto?) |
| Z kim Pan/Pani zamieszkuje?    |                       |        |        |       |                |                                                                |                | .....       |

| [ TABELA 2 ] SYTUACJA MIESZKANIOWA |          |         |         |                    |
|------------------------------------|----------|---------|---------|--------------------|
| Czy jest w domu?                   | łazienka | toaleta | kuchnia | inne pokoje (ile?) |
| tak, dostosowane do ograniczeń     |          |         |         | .....              |
| tak, ale niedostosowane            |          |         |         | .....              |
| nie                                |          |         |         |                    |

| [ TABELA 3 ] Rodzaj domu                                                   | blok | kamienica | dom jednorodzinny | inny rodzaj zamieszkania (jaki?) |
|----------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-------------------|----------------------------------|
| przy wybranej odpowiedzi, proszę wpisać, na którym piętrze jest mieszkanie |      |           |                   | .....                            |

| [ TABELA 4 ] Charakterystyka domu | winda | bieżąca woda | ogrzewanie wymagające uzupełniania opału (np. węgiel, pellet, drewno) | ogrzewanie niewymagające uzupełniania opału (np. elektryczne / gazowe / CO) |
|-----------------------------------|-------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Co jest w domu?                   |       |              |                                                                       |                                                                             |

| [ TABELA 5 ] SYTUACJA MATERIALNA |                        |       |           |                 |                          |                       |               |      |
|----------------------------------|------------------------|-------|-----------|-----------------|--------------------------|-----------------------|---------------|------|
| rodzaj źródła utrzymania         | wynagrodzenie za pracę | renta | emerytura | pomoc społeczna | zasilek dla bezrobotnych | na utrzymaniu rodziny | inne (jakie?) | brak |
|                                  |                        |       |           |                 |                          |                       | .....         |      |

| [ TABELA 6 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (1) |                         |                        |                 |             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|-------------|
| czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego    | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie | niesamodzielnie | nie dotyczy |
| sprzątanie domu                                           |                         |                        |                 |             |
| robiecie gruntownych porządków domowych                   |                         |                        |                 |             |
| pranie                                                    |                         |                        |                 |             |
| prasowanie                                                |                         |                        |                 |             |
| gotowanie                                                 |                         |                        |                 |             |
| zmywanie naczyń                                           |                         |                        |                 |             |
| robiecie zakupów                                          |                         |                        |                 |             |
| zarządzanie pieniędzmi                                    |                         |                        |                 |             |
| inne (jakie? .....                                        |                         |                        |                 |             |

| [ TABELA 7 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (2) |                                                                                           |                         |                        |                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|
| czynności w zakresie samoobsługi                          |                                                                                           | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie | niesamodzielnie |
| utrzymanie higieny osobistej                              | mycie całego ciała ( <input type="checkbox"/> wanna / <input type="checkbox"/> prysznic ) |                         |                        |                 |
|                                                           | mycie przy umywalce                                                                       |                         |                        |                 |
|                                                           | mycie głowy / włosów                                                                      |                         |                        |                 |
|                                                           | czesanie się                                                                              |                         |                        |                 |
|                                                           | korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne)                                           |                         |                        |                 |
|                                                           | mycie zębów (protezy zębowej)                                                             |                         |                        |                 |
|                                                           | golenie                                                                                   |                         |                        |                 |
|                                                           | obcinanie paznokci u rąk i nóg                                                            |                         |                        |                 |
| ubieranie i rozbieranie się                               | przygotowanie ubrań                                                                       |                         |                        |                 |
|                                                           | nałożenie ubrań                                                                           |                         |                        |                 |
|                                                           | zdejście ubrań                                                                            |                         |                        |                 |
|                                                           | zapięcie guzików                                                                          |                         |                        |                 |
|                                                           | zakładanie i sznurowanie butów                                                            |                         |                        |                 |
| spożywanie posiłków                                       | przygotowanie poszczególnych posiłków                                                     |                         |                        |                 |
|                                                           | posługiwanie się sztućcami                                                                |                         |                        |                 |
|                                                           | sięganie po jedzenie                                                                      |                         |                        |                 |
|                                                           | wkładanie jedzenia do ust                                                                 |                         |                        |                 |
| inne czynności                                            | przyjmowanie leków                                                                        |                         |                        |                 |
|                                                           | stosowanie zmodyfikowanej diety                                                           |                         |                        |                 |

| [ TABELA 8 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (3)                             |                                                |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| czynności w zakresie poruszania się                                                   |                                                | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie (przy asekuracji / w towarzystwie innej osoby) | częściowo samodzielnie (z pomocą kul, laski, balkonika, wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie (stałe korzystanie z wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie (jestem osobą leżącą) |
| zdolność do przemieszczania się                                                       | zmiana pozycji ciała                           |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | przemieszczanie się po powierzchniach płaskich |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | wchodzenie i schodzenie po schodach            |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | poruszanie się po domu                         |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | wychodzenie z domu                             |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
| zdolność do korzystania z publicznych środków transportu (autobus, tramwaj, PKP, PKS) |                                                |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |

| [ TABELA 9 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (4)                                                                                                                       |       |                                                          |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| zdolność w zakresie komunikowania się                                                                                                                                           | pełna | ograniczona                                              |                                                                           |
| <b>zdolność do słyszenia</b><br>(Czy została stwierdzona choroba narządu słuchu? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie )                                    |       | <input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby | <input type="checkbox"/> korzystam z aparatu słuchowego                   |
|                                                                                                                                                                                 |       |                                                          | <input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?) .....         |
| <b>zdolność do widzenia</b><br>(Czy została stwierdzona choroba narządu wzroku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie )                                     |       | <input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby | <input type="checkbox"/> korzystam z okularów / soczewek                  |
|                                                                                                                                                                                 |       |                                                          | <input type="checkbox"/> znam język Braille'a                             |
|                                                                                                                                                                                 |       |                                                          | <input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?) .....         |
| <b>zdolność do artykulacji i rozumienia mowy</b> (kontakt słowny)<br>(Czy została stwierdzona choroba narządu mowy? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ) |       | <input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego          | <input type="checkbox"/> znam język migowy                                |
|                                                                                                                                                                                 |       | <input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby | <input type="checkbox"/> korzystam ze środków pomocniczych (jakie?) ..... |

| [ TABELA 10 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ (1) |                 |             |          |          |      |
|---------------------------------------------------------|-----------------|-------------|----------|----------|------|
| wsparcie w środowisku lokalnym                          | rodzaj wsparcia |             |          |          |      |
|                                                         | finansowe       | żywnościowe | rzeczowe | usługowe | inne |
| od rodziny zamieszkałej wspólnie                        |                 |             |          |          |      |
| od rodziny zamieszkałej oddzielnie                      |                 |             |          |          |      |
| od sąsiadów                                             |                 |             |          |          |      |
| od przyjaciół, znajomych                                |                 |             |          |          |      |
| od instytucji (np. ośrodek pomocy społecznej, PCPR)     |                 |             |          |          |      |
| od organizacji społecznych (np. stowarzyszeń, fundacji) |                 |             |          |          |      |

| [ TABELA 11 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ (2)      |                         |                        |                 |             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|-------------|
| formy aktywności społecznej                                  | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie | niesamodzielnie | nie dotyczy |
| spotkania ze znajomymi, przyjaciółmi                         |                         |                        |                 |             |
| uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych                     |                         |                        |                 |             |
| działania rekreacyjne (np. ogródek działkowy, jazda rowerem) |                         |                        |                 |             |
| załatwianie spraw urzędowych i wizyty u lekarza              |                         |                        |                 |             |
| inne (jakie? .....)                                          |                         |                        |                 |             |

| [ TABELA 12 ] SYTUACJA ZAWODOWA                         |                                                                                                                                              |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| KARIERA ZAWODOWA                                        |                                                                                                                                              |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| aktywność zawodowa                                      | <input type="checkbox"/> pracuję (np. umowa o pracę)                                                                                         |                                                 |                                                                           | <input type="checkbox"/> renta          |                                                           | <input type="checkbox"/> emerytura      |                                                             | <input type="checkbox"/> uczeń                       |                                                                                  | <input type="checkbox"/> student |
|                                                         | <input type="checkbox"/> nie pracuję (bez rejestracji w PUP)                                                                                 |                                                 | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP            |                                         | <input type="checkbox"/> praca na gospodarstwie rolnym    |                                         | <input type="checkbox"/> inna (jaka?) .....                 |                                                      |                                                                                  |                                  |
| staż pracy                                              | <input type="checkbox"/> brak stażu pracy                                                                                                    |                                                 | <input type="checkbox"/> ..... (całościowo w latach)                      |                                         |                                                           | uwagi do stażu pracy? .....             |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| dotychczasowe zatrudnienie                              | Proszę o wpisanie wcześniej wykonywanych zawodów:<br>.....<br>.....                                                                          |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| aktualnie wykonywana praca (jeśli wnioskodawca pracuje) | Stanowisko pracy                                                                                                                             |                                                 | Wykonywane czynności (np. praca biurowa, praca fizyczna, obsługa klienta) |                                         |                                                           |                                         | Obsługiwane urzędy (np. urzędy biurowe, maszyna do szycia)  |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         | .....                                                                                                                                        |                                                 | .....                                                                     |                                         |                                                           |                                         | .....                                                       |                                                      |                                                                                  |                                  |
| trudności w wykonywanej pracy                           | Proszę o wpisanie problemów przy wykonywanej pracy (np. ból przy długotrwałym siedzeniu, trudności z dźwiganiem):<br>.....<br>.....<br>..... |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia   | <input type="checkbox"/> pogorszenie stanu zdrowia                                                                                           |                                                 | <input type="checkbox"/> rozwiązanie umowy o pracę                        |                                         | <input type="checkbox"/> likwidacja miejsca pracy         |                                         | <input type="checkbox"/> inna (jaka?) .....                 |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         | kiedy? (proszę wpisać konkretną datę lub okres, np. 2 lata temu) .....                                                                       |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             | <input type="checkbox"/> nie dotyczy (nadal pracuję) |                                                                                  |                                  |
| plany zawodowe                                          | <input type="checkbox"/> podjęcie (lub kontynuacja dotychczasowego) zatrudnienia w zakresie dostosowanym do stanu zdrowia                    |                                                 | zmiana pracy na inną                                                      |                                         | <input type="checkbox"/> renta / emerytura                | <input type="checkbox"/> brak planów    | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)<br>.....<br>.....    |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         |                                                                                                                                              |                                                 | <input type="checkbox"/> lepiej płatną                                    |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         |                                                                                                                                              |                                                 | <input type="checkbox"/> bardziej dostosowaną do stanu zdrowia            |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| KWALIFIKACJE                                            |                                                                                                                                              |                                                 |                                                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
| podnoszenie kwalifikacji                                | Uczestnictwo w szkoleniach i kursach                                                                                                         |                                                 |                                                                           | Zdobyte uprawnienia                     |                                                           |                                         | Uczestnictwo w stażach i praktykach                         |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         | .....                                                                                                                                        |                                                 |                                                                           | .....                                   |                                                           |                                         | .....                                                       |                                                      |                                                                                  |                                  |
| znajomość obsługi komputera                             | <input type="checkbox"/> nie korzystam                                                                                                       | <input type="checkbox"/> przeglądanie Internetu | <input type="checkbox"/> wysyłanie e-maili                                | <input type="checkbox"/> tworzenie pism | <input type="checkbox"/> pakiet biurowy (Office lub inny) |                                         | <input type="checkbox"/> programowanie, tworzenie stron WWW |                                                      | <input type="checkbox"/> korzystanie z profesjonalnych programów (np. graficzne) |                                  |
| prawo jazdy                                             | <input type="checkbox"/> brak                                                                                                                | <input type="checkbox"/> kat. A                 | <input type="checkbox"/> kat. B                                           | <input type="checkbox"/> kat. C         | <input type="checkbox"/> kat. D                           | <input type="checkbox"/> kat. T         | <input type="checkbox"/> inna kat. (jaka? .....)            |                                                      |                                                                                  |                                  |
| znajomość języków obcych                                | <input type="checkbox"/> brak                                                                                                                |                                                 | poziom znajomości języka obcego                                           |                                         |                                                           |                                         |                                                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         | znam język .....                                                                                                                             |                                                 | w mowie                                                                   | <input type="checkbox"/> słaby          | <input type="checkbox"/> podstawowy                       | <input type="checkbox"/> komunikatywnie | <input type="checkbox"/> biegle                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         |                                                                                                                                              |                                                 | w piśmie                                                                  | <input type="checkbox"/> słaby          | <input type="checkbox"/> podstawowy                       | <input type="checkbox"/> komunikatywnie | <input type="checkbox"/> biegle                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         | znam język .....                                                                                                                             |                                                 | w mowie                                                                   | <input type="checkbox"/> słaby          | <input type="checkbox"/> podstawowy                       | <input type="checkbox"/> komunikatywnie | <input type="checkbox"/> biegle                             |                                                      |                                                                                  |                                  |
|                                                         |                                                                                                                                              |                                                 | w piśmie                                                                  | <input type="checkbox"/> słaby          | <input type="checkbox"/> podstawowy                       | <input type="checkbox"/> komunikatywnie | <input type="checkbox"/> biegle                             |                                                      |                                                                                  |                                  |

[ TABELA 13 ] MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE

***Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.***

.....  
miejscowość

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy (lub jego upoważnionego pełnomocnika)