

## **FORMULARZ KWALIFIKOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH powyżej 16 r. ż. DO SZCZEGÓLNEGO SPECJALISTYCZNEGO WSPARCIA**

### **Wersja uzgodniona pomiędzy organizacjami:**

**Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym; Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niewidomych i Słabowidzących “Tęcza” w Warszawie i Polski Związek Niewidomych; Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych; Porozumienie AUTYZM-POLSKA, PSOUU.**

Poniższy Formularz metodologicznie wzorowany jest na skali Barthel. Przygotowany jest pod kątem kwalifikowania do szczególnego specjalistycznego wsparcia osób niepełnosprawnych najbardziej zależnych od pomocy innych. Formularz powinien służyć Zespołom do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności przy określaniu zakresu specjalistycznego wsparcia.

Dotyczy osób w przedziale wiekowym od 16 do 65 lat, czyli dorosłych w wieku aktywności zawodowej, którzy nie mają już obowiązku edukacji szkolnej.

### **Objaśnienia dotyczące metody wypełniania formularza:**

- Ocena stopnia samodzielności osoby niepełnosprawnej powinna odnosić się do potencjalnej samodzielności badanej osoby w otoczeniu nieprzystosowanym do jej potrzeb
- Z zaproponowanych 18 punktów należy wybrać 12 punktów dotyczących badanej osoby
- W wybranych punktach należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan osoby i podkreślić
- Wpisać wartość punktową przypisaną do wybranej możliwości
- W punktach, które nie dotyczą danej osoby wpisać „nie dotyczy” w rubryce: Liczba punktów;
- W punkcie 15 (samodzielność w samoobsłudze) należy zastosować odmienną metodę oceny: należy ocenić każdą kategorię oznaczoną litera (a, b, c, d) odrębnie, przyznając każdej kategorii odpowiednio liczbę punktów 0 lub 1 lub 3, a następnie wpisać sumę punktów osiągniętych w całym punkcie 15
- W ramce wpisać uzyskaną łączną sumę punktów

**Data wypełnienia formularza.....**

**Informacja o osobie**

1. PESEL.....
2. Imię i nazwisko.....
3. Data urodzenia.....
4. Płeć K/M
5. Adres.....
6. Zamieszkanie
  - a) samodzielnie
  - b) z rodziną: .....
  - c) inne.....

**Dzienne placówki, do jakich uczęszcza osoba przynajmniej na 6 godzin dziennie przynajmniej 3x tydzień**

1. Żadna
2. Szkoła
3. Warsztat Terapii Zajęciowej
4. Środowiskowy Dom Samopomocy
5. Zakład Aktywności Zawodowej
6. Zatrudnienie wspomagane
7. Inne (np. Centrum Aktywizacji, Centrum Integracji Społecznej, Klub Integracji Społecznej, klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi)

**Stopień niepełnosprawności:.....**

**Kod(y) przyczyny niepełnosprawności:.....**

**Opis niepełnosprawności**

1. Osoba głuchoniewidoma
2. Osoba z autyzmem
3. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) w stopniu głębokim
4. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) w stopniu umiarkowanym znacznym i jednocześnie głucha, niewidoma lub/i dotknięta epilepsją lub/i z niepełnosprawnością ruchową
5. ....

Niezbędne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:.....

l.p.	Problemy behawioralne i zdrowotne	Liczba punktów
1.	<p><b>Niekontrolowane opuszczanie miejsca pobytu</b>                      0 = W sposób niekontrolowany opuszcza miejsce pobytu                      5 = Miał(a) w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej jeden przypadek niekontrolowanego opuszczenia miejsca pobytu                      10 = Nie opuszcza w sposób niekontrolowany miejsca pobytu</p>	
2.	<p><b>Ocena sytuacji zagrożenia</b>                      0 = Nie jest w stanie właściwie ocenić sytuacji zagrożenia ze strony otoczenia ( ruch drogowy, obcy ludzie, itp.)                      5 = Sporadycznie nie jest w stanie właściwie ocenić sytuację zagrożenia                      10 = Jest w stanie właściwie ocenić sytuację zagrożenia</p>	
3	<p><b>Nieumiejętne obchodzenie się z niebezpiecznymi substancjami i przedmiotami powodujące niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia swojego i innych osób</b>                       0 = Nie jest w stanie ocenić właściwie sytuacji zagrożenia                      5 = Sporadycznie nie jest w stanie właściwie ocenić sytuacji zagrożenia                      10 = Jest w stanie właściwie ocenić sytuację zagrożenia</p>	
4.	<p><b>Poważna agresja wobec osób i/lub autoagresja</b>                      0 = Wykazuje agresję i/lub autoagresję co najmniej kilka razy w miesiącu                      5 = Sporadycznie wykazuje agresję i/lub autoagresję, co najmniej kilka razy w roku                      10 = Nie wykazuje agresji i/lub autoagresji</p>	

5.	<p><b>Gwałtowne niszczenie lub uszkodzenie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu</b>  0 = Wykazuje zachowania niszczycielskie co najmniej kilka razy w miesiącu  5 = Wykazuje zachowania niszczycielskie co najmniej kilka razy w roku  10 = Nie wykazuje zachowań niszczycielskich</p>	
6.	<p><b>Stosowanie podstawowych norm społecznych</b>  0 = Nie ma umiejętności stosowania podstawowych norm społecznych: agresja słowna zachowania, dokuczanie innym, krzyk, przekraczanie granic innych osób np. przez dotykanie innych osób, zabieranie cudzej własności, plucie)  5 = Sporadycznie przekracza podstawowe normy społeczne  10 = Stosuje podstawowe normy społeczne</p>	
7.	<p><b>Umiejętność funkcjonowania w grupie</b>  0 = Nie jest w stanie funkcjonować w życiu codziennym i w czasie terapii/pracy bez indywidualnego wsparcia (1 na 1)  5 = Funkcjonuje w życiu codziennym i w czasie terapii z ograniczonym wsparciem (praca w 2-4 osobowej grupie)  10 = Potrafi funkcjonować z ograniczonym wsparciem w grupie (praca w 5 osobowej i większej grupie)</p>	
8.	<p><b>Nadwrażliwość na bodźce zmysłowe uniemożliwiająca lub utrudniająca przebywanie w dużej grupie</b>  0 = Cierpi na nadwrażliwość na bodźce zmysłowe w stopniu uniemożliwiającym funkcjonowanie w nieprzystosowanym otoczeniu /placówce  5 = Cierpi na nadwrażliwość na bodźce zmysłowe w stopniu znacznie utrudniającym funkcjonowanie w nieprzystosowanym otoczeniu  10 = Nie wykazuje reakcji świadczących o nadwrażliwości na bodźce zmysłowe</p>	

9.	<p><b>Komunikacja niewerbalna i werbalna</b></p> <p>0 = Zaburzenia w komunikacji niewerbalnej i werbalnej uniemożliwiają lub bardzo znacznie utrudniają wyrażanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych</p> <p>5 = Poziom komunikacji niewerbalnej i/lub werbalnej znacznie ogranicza lub/i opóźnia możliwość wyrażania podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych</p> <p>10 = Poziom komunikacji werbalnej i/lub niewerbalnej pozwala na adekwatne wyrażanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych odpowiednio do poziomu intelektualnego</p>	
10	<p><b>Motoryka duża</b></p> <p>0 = osoba leżąca, siedzi tylko z podparciem, stale używa wózka</p> <p>5 = chodzi z asekuracją lub pod kontrolą, od czasu do czasu używa wózka lub innego sprzętu</p> <p>10 = samodzielnie chodzi po różnych płaszczyznach, schodach, omija przeszkody</p>	
11.	<p><b>Samodzielność w poruszaniu się w przestrzeni publicznej</b></p> <p>0 = Nie porusza się samodzielnie w przestrzeni publicznej zarówno znanej jak i nie znanej</p> <p>5 = Porusza się w przestrzeni publicznej samodzielnie, ale z ograniczeniami, ( takimi jak: kilkuosobowa grupa z przewodnikiem, dobrze znana bezpieczna przestrzeń, z psem-przewodnikiem lub przy użyciu sprzętu- wózka, kul, laski)</p> <p>10 = Samodzielnie porusza się w przestrzeni publicznej.</p>	
12.	<p><b>Motoryka mała</b></p> <p>0 = nie manipuluje przedmiotami i/lub manipuluje w sposób niespecyficzny</p> <p>5 = sporadycznie posługuje się przedmiotami w celowy sposób, może mieć problemy z precyzją ruchów</p> <p>10 = sprawnie posługuje się przedmiotami, w sposób celowy</p>	

13.	<p><b>Samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb</b></p> <p>a) Jedzenie  0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść  1 = jest w stanie jeść przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna  3 = je samodzielnie</p> <p>b) ubieranie,  0 = nie jest w stanie samodzielnie ubrać się  1 = jest w stanie ubrać się przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna  3 = ubiera się samodzielnie odpowiednio do sytuacji i pogody</p> <p>c) higiena osobista ,  0 = nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności higienicznych (mycie, golenie)  1 = jest w stanie wykonywać czynności higieniczne przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna  3 = wykonuje czynności higieniczne samodzielnie</p> <p>d) potrzeby fizjologiczne  0 = nie kontroluje lub nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, używa pampersów  1 = sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, ale potrzebuje pomocy/kontroli w ich załatwieniu  3 = samodzielnie korzysta z toalety, aby załatwić potrzeby fizjologiczne</p>	
14.	<p><b>Prawidłowość rytmu dobowego</b></p> <p>0 =Cierpi na chroniczne poważne zaburzenia rytmu dobowego , w szczególności bezsenność  5 = Cierpi na okresowe poważne zaburzenia rytmu dobowego  10 =Ma uregulowany rytm dobowy</p>	
15.	<p><b>Rytuały/powtarzalne zachowania /zaburzenia funkcji wykonawczych</b></p> <p>0 = rytuały, powtarzalne zachowania / bardzo poważne zaburzenia funkcji wykonawczych uniemożliwiają samodzielne podejmowanie i kontynuowanie czynności, w tym codziennych i samoobsługowych, a próby przerwania rytuału lub zmiany zachowania</p>	

	<p>wywołują znaczny poziom niepokoju;  5 = rytuały, powtarzalne zachowania/poważne zaburzenia funkcji wykonawczych ograniczają samodzielne podejmowanie i kontynuowanie czynności, w tym codziennych i samoobsługowych, a próby przerwania lub zmiany powodują frustrację;  10 = rytuały i powtarzalne zachowania wpływają na funkcjonowanie w jednym lub więcej kontekstach</p>	
16.	<p><b>Planowanie i samodzielne organizowanie codziennych czynności</b>  0 = nie jest w stanie samodzielnie planować i organizować codziennych czynności  5 = z pomocą planuje i organizuje codzienne czynności  10 = samodzielnie planuje i organizuje codzienne czynności</p>	
17.	<p><b>Możliwość pozostawania bez opieki innej osoby w miejscu pobytu</b>  0 = nie może pozostawać bez opieki ze względu na stan zdrowia fizycznego i/lub psychicznego (np. z powodu korzystania z aparatury podtrzymującej życie, zagrożenia utratą przytomności, nasilonego niepokoju/lęku);  5 = może pozostawać bez opieki innej osoby w miejscu pobytu przez 1 godzinę;  10 = może pozostawać bez opieki innej osoby w miejscu pobytu;</p>	
	Dodatkowe potrzeby	
18.	<p><b>Stosowanie niezbędnych leków i środków pielęgnacyjnych, których osoba niepełnosprawna nie jest w stanie samodzielnie używać;</b>  0 = stale potrzebuje niezbędnych leków i/lub środków pielęgnacyjnych, opatrunkowych (pampersy, cewniki, strzykawki),  5 = okresowo potrzebuje leków i/lub środków pielęgnacyjnych  10 = nie potrzebuje leków i/lub środków pielęgnacyjnych</p>	
	<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny)</b>	

.....  
Data i czytelny podpis osoby dokonującej oceny

**Formularz wypełniany jest na podstawie:**

1. opinii psychologa,
2. opinii pedagoga szkolnego z placówki, do której osoba wcześniej uczęszczała
3. opinii lekarza specjalisty (np. psychiatry, neurologa)
4. wywiadu środowiskowego pracownika socjalnego
5. informacji uzyskanej od osoby niepełnosprawnej, rodziców lub opiekunów prawnych
6. obserwacji

**Skala oceny stopnia samodzielności:**

(proponowana przez Porozumienie AUTYZM-POLSKA)

1. do 39 punktów: osoba wymaga całkowicie indywidualnego bezpośredniego wsparcia
2. 40 do 79 punktów: osoba wymaga częściowo indywidualnego bezpośredniego wsparcia
3. powyżej 80 punktów: osoba może korzystać z grupowego systemu wsparcia