

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM

I. Instrukcja wypełniania.

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny”) należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię, nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny, należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć znakiem X tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

II. Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

tak

nie

Jeżeli tak, proszę podać przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności, osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychiatrycznymi.

III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:

Imię: JAN

Drugie imię: ANDRZEJ

Nazwisko: KOWALSKI

Numer PESEL: 30010123456

Seria i numer dokumentu tożsamości (2):

(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

*** PRZYKŁAD ***

PPW-K

XV. Proszę określić, czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

- tak
 nie

jeżeli tak, proszę podać jakie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

XVI. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: GDAŃSK
Data (dd / mm / rrrr): 25.03.2026
Podpis wnioskodawcy: Jan Kowalski