Powiatowy / Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w …………………….

**Kwestionariusz pomocniczy do oceny pedagogicznej / psychologicznej**

**dołączony do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

**1.** Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji z uwagi na odstąpienie 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 niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt osoby orzekanej.

**4.** Kwestionariusz wypełnia przedstawiciel ustawowy osoby orzekanej stawiając znak **X** w odpowiednim polu (*w pytaniu może być właściwe więcej niż jedno pole, np. źródło utrzymania rodziców to wynagrodzenie i renta*) lub wpisując odpowiedź we wskazanym miejscu.

**5.** Proszę uzupełnić *Tabelę 14.* na ostatniej stronie kwestionariusza, jeśli chcą Państwo:

a) dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,

b) uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu,

c) opisać sytuację osoby orzekanej zamiast wypełnienia kwestionariusza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka** | **Imię** …………………………………… | **Nazwisko** …................…...……………… |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (rodzic / opiekun prawny)** | **Imię** …………………………………… | **Nazwisko** …................…...……………… |

|  |
| --- |
| **[ TABELA 1 ] Sytuacja rodzinna DZIECKA** |
| **wspólne zamieszkiwanie** | **stopień pokrewieństwa** |
| **dziadek** | **babcia** | **ojciec** | **matka** | **brat**  | **siostra** | **inne** (kto?) |
| Z kim zamieszkuje dziecko? |  |  |  |  | (jeśli tak, proszę podaćwiek rodzeństwa)……………… | (jeśli tak, proszę podaćwiek rodzeństwa)……………… | ……………… |
| Kto opiekuje się dzieckiem, gdy rodzic(e) jest / są w pracy? |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 2 ] Charakterystyka rodziny** | **rodzina pełna** | **rodzina niepełna** | **zrekonstruowana** | **adopcyjna** | **zastępcza** | **inne** |
| **po rozwodzie** | **po śmierci jednego z rodziców** |
|  | Z kim mieszka dziecko? ……… | Kto zmarł?……………… | Od kiedy?……………… | Od kiedy?………… | Od kiedy?………… | Jaki?……..….. |

|  |
| --- |
| [ TABELA 3 ] Sytuacja mieszkaniowa RODZINY |
| **Czy jest w domu?** | **łazienka** | **toaleta** | **kuchnia** | **inne pokoje** (ile?) |
| tak, dostosowane do ograniczeń dziecka |  |  |  | ………………………….. |
| tak, ale niedostosowane do ograniczeń dziecka |  |  |  | ………………………….. |
| nie |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 4 ] Rodzaj domu** | **blok** | **kamienica** | **dom jednorodzinny** | **inny rodzaj zamieszkania** (jaki?) |
| przy wybranej odpowiedzi, proszę wpisać, **na którym piętrze** jest mieszkanie |  |  |  | ……………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **[ TABELA 5 ] Charakterystyka domu** | **własny pokój dziecka** | **własne łóżko dziecka** | **miejsce do nauki / biurko dla dziecka** |
| Czy jest w domu? | **[]** tak | **[]** nie | **[]** tak | **[]** nie (Z kim śpi dziecko? ………………) | **[]** tak | **[]** nie | **[]** nie dotyczy |

|  |
| --- |
| [ TABELA 6 ] sytuacja materialna RODZINY |
| **rodzaj źródła utrzymania** | wynagrodzenie za pracę | renta | emerytura | pomoc społeczna(w tym 500+) | zasiłek dla bezrobotnych | alimenty | inne (jakie?) | brak |
| ojciec |  |  |  |  |  |  | …………. |  |
| matka |  |  |  |  |  |  | …………. |  |
| inna osoba utrzymująca rodzinę (kto? ……….…) |  |  |  |  |  |  | …………. |  |

|  |
| --- |
|  [ TABELA 7 ] Charakterystyka aktywności indywidualnej DZIECKA (1)  |
| **czynności w zakresie samoobsługi** | **całkowicie samodzielnie** | **częściowo samodzielnie** | **niesamodzielnie** (wskutek wieku lub dysfunkcji dziecka) |
| utrzymanie higieny osobistej | mycie całego ciała ( **[]** wanna / **[]** prysznic) |  |  |  |
| mycie dłoni przy umywalce |  |  |  |
| mycie głowy / włosów |  |  |  |
| czesanie się |  |  |  |
| korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne) |  |  | Czy dziecko:**[]** nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych**[]**  za późno sygnalizuje potrzeby fizjologiczne**[]** wymaga cewnikowania**[]** wymaga korzystania z pampersów**[]** moczy się w nocy |
| mycie zębów |  |  |  |
| obcinanie paznokci u rąk i nóg |  |  |  |
| ubieranie i rozbieranie się | przygotowanie ubrań |  |  |  |
| nałożenie ubrań |  |  |  |
| zdjęcie ubrań |  |  |  |
| zapinanie guzików |  |  |  |
| zakładanie i sznurowanie butów |  |  |  |
| spożywanie posiłków | przygotowanie poszczególnych posiłków |  |  |  |
| posługiwanie się sztućcami |  |  |  |
| sięganie po jedzenie |  |  |  |
| rozdrabnianie i wkładanie jedzenia do ust |  |  |  |
| inne czynności | przyjmowanie leków |  |  |  |
| stosowanie zmodyfikowanej diety |  |  |  |

|  |
| --- |
| [ TABELA 8 ] Charakterystyka aktywności indywidualnej DZIECKA (2) |
| **zdolność dziecka w zakresie komunikowania się** | **pełna** | **ograniczona** |
| **zdolność do słyszenia**(Czy została stwierdzona choroba narządu słuchu? **[]** tak **[]** nie ) |  | **[]** dzieckopotrzebuje wsparcia innej osoby | **[]**  dziecko korzysta z aparatu słuchowego |
| **[]**  dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?) …………………….…………….. |
| **zdolność do widzenia**(Czy została stwierdzona choroba narządu wzroku? **[]** tak **[]** nie ) |  | **[]** dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby | **[]**  dziecko korzysta z okularów / soczewek |
| **[]** dziecko zna język Braille’a |
| **[]** dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?) ……………………………….….. |
| **zdolność do artykulacji** **i rozumienia mowy** (kontakt słowny)(Czy została stwierdzona choroba narządu mowy? **[]** tak **[]** nie ) | **[]** dziecko mówi wyraźnie | **[]** brak kontaktu słownego | **[]** dziecko zna język migowy |
| dziecko mówi poprawnie:**[]** prostymi zdaniami**[]** pełnymi zdaniami**[]** pojedynczymi słowami | **[]** dziecko nie rozumie mowy | **[]** dziecko korzysta ze środków pomocniczych (jakie?) ………………………..………...…….. |
| **[]** dziecko nie rozumie poleceń | **[]** dziecko porozumiewa się gestem |
| **[]** dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby | **[]** dziecko mówi niewyraźnie (np. jąka się) |
| **[]** dziecko mówi niezrozumiale (niegramatyczne wypowiedzi) |

|  |
| --- |
| [ TABELA 9 ] Charakterystyka ROZWOJU RUCHOWEGO DZIECKA (1) |
| **zdolność dziecka****do przemieszczania się** | **całkowicie samodzielnie** | częściowo samodzielnie(przy asekuracji / w towarzystwie innej osoby) | częściowo samodzielnie(z pomocą kul, laski, balkonika, wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie(dziecko stale korzysta z wózka inwalidzkiego) | **niesamodzielnie** (dziecko jest osobą leżącą) |
| zmiana pozycji ciała dziecka |  |  |  |  |  |
| przemieszczanie się dziecka po powierzchniach płaskich |  |  |  |  |  |
| wchodzenie i schodzenie dziecka po schodach |  |  |  |  |  |
| poruszanie się dziecka po domu |  |  |  |  |  |
| wychodzenie dziecka z domu |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| [ TABELA 10 ] Charakterystyka ROZWOJU RUCHOWEGO DZIECKA (2) |
| **zdolność dziecka w zakresie ruchu** | **pełna** | **ograniczona** | **nie dotyczy** (z uwagi na wiek dziecka) |
| aktywność ruchowa dziecka (motoryka duża) | skakanie |  |  |  |
| bieganie |  |  |  |
| czołganie się |  |  |  |
| pływanie |  |  |  |
| jazda na rowerze |  |  |  |
| sprawność dłoni i palców(motoryka mała) | rysowanie |  |  |  |
| malowanie |  |  |  |
| pisanie | **[]** pismo czytelne | **[]** pismo mało czytelne **[]** pismo nieczytelne |  |
| wycinanie nożyczkami |  |  |  |
| inne czynności manualne (np. ugniatanie czegoś w dłoni) |  |  |  |

|  |
| --- |
| [ TABELA 11 ] Sytuacja EDUKACYJNA DZIECKA |
| **ETAP EDUKACYJNY** |
| dziecko uczęszcza do | **[]**  przedszkola | **[]**  oddziału przedszkolnego w szkole | **[]**  przedszkola specjalnego | **[]**  przedszkola integracyjnego | **[]** nie dotyczy (z uwagi na wiek) |
| **[]** szkoły ogólnodostępnej | **[]** szkoły specjalnej | **[]**  szkoły / klasy integracyjnej |  **[]**  innej instytucji (jakiej?..................................................................) |
| rodzaj szkoły i klasy | **[]**  szkoła podstawowa | **[]**  technikum | **[]** liceum | **[]**  szkoła branżowa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| inne warunki realizacji obowiązku szkolnego | Czy dziecko było / jest objęte **nauczaniem indywidualnym**? | Czy dziecko miało **odroczony obowiązek szkoln**y? | Czy dziecko **powtarzało klasę**? | Czy dziecko uczyło się w oddziałach szpitalnych? |
| **[]** tak- kiedy? ……………………- z jakiego powodu? ……………………………………... | **[]** tak- kiedy? ……………………- z jakiego powodu? ……………………………………... | **[]** tak- którą? …………- ile razy? ………… | **[]** tak- w której klasie? …………- ile razy? …………………. |
| **[]**  nie | **[]**  nie | **[]** nie | **[]**  nie |
| **rodzaj trudności w nauce** |
| motywacja | do chodzenia do przedszkola / szkoły | **[]** chętnie | **[]** ani chętnie, ani niechętnie | **[]** niechętnie |
| do nauki | **[]** wysoka | **[]** ani wysoka, ani niska | **[]** niska |
| rozwój ruchowy | **Czy dziecko uczestniczy w zajęciach ruchowych w przedszkolu / w zajęciach wychowania fizycznego w szkole?** | **[]** tak | **[]**  tak, ale jest częściowo zwolnione | **[]**  nie, gdyż jest całościowo zwolnione | **[]** nie dotyczy |
| wyniki w nauce | Jakie zajęcia sprawiają dziecku największą trudność? | ………………………………………………………………………………………. |
| Jakie zajęcia dziecko realizuje z łatwością? | ………………………………………………………………………………………. |
| Jakie wyniki w nauce osiąga dziecko? | **[]** bardzo dobre | **[]** dobre | **[]** ani dobre, ani złe | **[]** złe | **[]** bardzo złe |
| Jakie są szczególne osiągnięcia dziecka w przedszkolu / szkole? | **[]** muzyczne | **[]** plastyczne | **[]** inne (jakie? ……………………………….) |
| pomoc w lekcjach | Czy dziecko wymaga pomocy w odrabianiu lekcji (zadań domowych)? | **[]**  tak (na czym polega pomoc? …………………………………………………………………………………………………………………….) | **[]**  nie |
| [ TABELA 12 ] formy wsparcia DZIECKA |
| **formy wsparcia aktywności indywidualnej dziecka** |
| kompensacja | Dziecko korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub pomocy technicznych, takich jak: |
| **[]** gorset | **[]**  materac przeciwodleżynowy | **[]** wózek inwalidzki |
| **[]** balkonik | **[]** kule łokciowe | **[]** inne (jakie? ……………………………………………………....) |
| rehabilitacja | **Dziecko korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych:** | **Jeśli korzysta, to jak często?** | **Jeśli korzysta, to gdzie są wykonywane zajęcia?** |
| **Ile razy w tygodniu?** | **Ile godzin?** |
| rehabilitacja usprawniająca |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| gimnastyka korekcyjna |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| terapia logopedyczna |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| terapia psychologiczna |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| terapia integracji sensorycznej |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| inne (jakie? ………………..…………………..) |  |  | **[]** na terenie placówki / ośrodka |
|  |  | **[]** w domu |
| **formy wsparcia dziecka w procesie edukacji** |
| wsparcie w procesie edukacji | **Dziecko korzysta lub korzystało z pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola / szkoły:** | **Jeśli korzystało, to kiedy? Jak długo?** | **Jeśli korzysta, to jak często?** |
| **Ile razy w tygodniu?** | **Ile godzin?** |
| Wczesne Wspomaganie Rozwoju |  |  |  |
| zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze |  |  |  |
| zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne |  |  |  |
| zajęcia korekcyjno-kompensacyjne |  |  |  |
| terapia logopedyczna |  |  |  |
| opieka ze strony **[]** pedagoga / **[]** psychologa szkolnego |  |  |  |
| inne (jakie? …………………………………………………….) |  |  |  |
| Czy dziecko korzysta lub korzystało z pomocy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? (**jeśli tak, to proszę dołączyć do wniosku opinię z PPP**) | **[]** nie | **[]** tak, korzysta obecnie | **[]**  tak, korzystało (kiedy? ………………) |
| Z jakiego powodu?.......................................................................... |

|  |
| --- |
| [ TABELA 13 ] fUNKCJONOWANIE SPOŁECZNO-EMOCJONALNE DZIECKA |
| Czy dziecko nawiązuje kontakty społeczne?(np. komunikacja z dorosłymi) | **[]**  tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) |
| Czy dziecko ma kolegów? | **[]**  tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) |
| Czy dziecko ma koleżanki? | **[]** tak | **[]**  nie (dlaczego? …………………………………..….……………….) |
| Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w domu? | **[]**  nie | **[]** tak (jakie? ……………………………………………………………) |
| Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w przedszkolu / szkole? | **[]** nie | **[]** tak (jakie? ……………………………………………………………) |
| Jak dziecko funkcjonuje w środowisku zewnętrznym? (relacje np. z kolegami / koleżankami z podwórka / ulicy, sąsiadami) | **[]**  prawidłowo | **[]** nieprawidłowo (dlaczego? ……………………………..………………………………………………………….…………) |
| Jak dziecko funkcjonuje w środowisku szkolnym?(relacje z kolegami / koleżankami z klasy, nauczycielami) | **[]**  prawidłowo | **[]** nieprawidłowo (dlaczego? ……………………..………………………………………………………………….…………) |
| Jak dziecko radzi sobie z trudnymi sytuacjami? | **[]**  dobrze | **[]**  ani dobrze, ani źle | **[]**  źle (dlaczego? …………….…………) |
| Jak dziecko radzi sobie z chorobą? | **[]**  dobrze | **[]** ani dobrze, ani źle | **[]**  źle (dlaczego? ……………..…………) |
| **[]** dziecko ukrywa chorobę przed rówieśnikami |
| **[ TABELA 14 ] MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE** |
|  |

|  |
| --- |
| ***Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.*** |
| ……………………….. | ……………… | ………………………………………………………. |
| miejscowość | data | podpis przedstawiciela ustawowego osoby orzekanej |