



**POLSKIE TOWARZYSTWO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**Zarząd Główny**

*POLISH ASSOCIATION of PEOPLE with DISABILITIES*

Organizacja Pożytku Publicznego

90-119 Łódź, ul. Kilińskiego 87, tel. 042 6332570, fax: 0 42 6326309, www.zgptn.org

KRS 0000288575 • REGON 100409921 • NIP 725 19 54 634 • Konto PKO BP 55 1020 3352 0000 1002 0121 7124

.....  
(imię, nazwisko)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy)

.....  
(adres tel.)

**Polskie Towarzystwo Osób Niepełnosprawnych**

90-119 Łódź

ul. Kilińskiego 87

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY**

Ja, niżej podpisana/y zwracam się z prośbą o pomoc dotyczącą sprzętu rehabilitacyjnego dla mnie/mojego dziecka zgodnie z załączoną ankietą.

.....  
(podpis)



Nr sprawy.....

Konsultanci prowadzący sprawę:.....  
Kontakt:.....

## ANKIETA POMOCNICZA DOTYCZĄCA OSOBY DOROSŁEJ

### I INFORMACJE OGÓLNE

Imię ..... nazwisko ..... adres zamieszkania:  
(województwo) ..... (miasto) .....  
(ulica) ..... (nr domu) ..... (nr lokalu).....  
Dowód osob. seria ..... nr ..... wydany w dn. .... przez .....  
tel. kontaktowy .....

Czy jest pan/pani ubezpieczony/a (tak/nie) .....  
Czy posiada pan/pani aktualne orzeczenie o niepełnosprawności – jeśli tak, proszę podać  
stopień niepełnosprawności, oraz na jaki czas jest wydane orzeczenie.....

Czy otrzymuje pan/pani zasiłek pielęgnacyjny (tak/nie) .....  
Diagnoza (w jęz. polskim) .....

Czy choroba jest postępująca (tak/nie).....  
Jaki sprzęt rehabilitacyjny posiada pan/pani do dyspozycji (proszę podać rok przyznania  
refundacji).....  
.....  
.....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny jest panu/pani potrzebny .....  
.....  
.....  
.....

**Informacje o aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy i jego możliwościach:**

Ocena samodzielności	tak	nie
Osoba leżąca		
Czy jest pan/pani w stanie samodzielnie usiąść		
Czy może pan/pani samodzielnie poruszać się		
Czy porusza się pan/pani z pomocą osoby drugiej		
Czy ma pan/pani możliwość samodzielnego poruszania się na wózku z napędem ręcznym		
Czy ma pan/pani możliwość fizyczną obsługiwaną wózka elektrycznego		
Czy kontroluje pan/pani potrzeby fizjologiczne		
Czy jest pan/pani w stanie samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne		
Czy jest pan/pani w stanie samodzielnie spożywać posiłki		
Czy wymaga pan/pani rehabilitacji		
Jest pan/pani osobą widzącą		
Jest pan/pani osobą słyszącą		
*		
*		
*		
*		
*		
*		

(\*) proszę wpisać inne, nie wymienione w tabeli czynności, których pan/pani nie jest w stanie samodzielnie wykonywać.

Czy przebywa pan/pani w dziennym ośrodku pomocy bądź w DPS (tak/nie).....

Czy uczęszcza pan/pani na warsztaty terapii zajęciowej (tak/nie).....

Czy pracuje pan/pani zawodowo (tak/nie).....

Jakie prace zarobkowe jest pan/pani w stanie wykonywać biorąc pod uwagę stan zdrowia.....

.....

Inne uwagi dotyczące pracy/edukacji (nauka, studia), .....

.....

## II SYTUACJA MIESZKANIOWA

1. Dom jednorodzinny<sup>(\*)</sup>, wielorodzinny prywatny<sup>(\*)</sup>, wielorodzinny komunalny<sup>(\*)</sup>, wielorodzinny spółdzielczy<sup>(\*)</sup>, inne.....
2. Budynek parterowy<sup>(\*)</sup>, piętrowy<sup>(\*)</sup>, mieszkanie na .....(proszę podać kondygnację)
3. Przybliżony rok budowy.....
4. Opis mieszkania:
  - pokoje (ilość).....
  - kuchnia.....
  - łazienka.....
  - wc.....
5. Łazienka wyposażona w : wannę ..... brodzik ..... kabinę prysznicową ..... umywalkę .....
6. W mieszkaniu jest instalacja wody zimnej ..... ciepłej ..... kanalizacja ..... centralne ogrzewanie ..... prąd ..... gaz .....
7. Mieszkanie własnościowe..... wynajmowane.....
8. Ogólna ocena warunków mieszkaniowych w skali 1-10.....
9. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....

.....

.....

<sup>(\*)</sup> proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

**OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM  
(W TYM INNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE)**

Imię, nazwisko.	Stopień pokrewieństwa	Niepełnosprawność tak/nie

Jeśli zamieszkują z panem/panią inne osoby niepełnosprawne, należy wypełnić załącznik do ankiety (zał.1 dla dziecka, zał.2 dla osoby dorosłej).

**III DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNÓW PRAWNYCH BĄDŹ PEŁNOMOCNIKÓW  
USTANOWIONYCH SĄDOWNIE LUB NOTARIALNIE**

Imię ..... nazwisko ..... adres zamieszkania:  
(województwo) ..... (miasto) .....  
(ulica) ..... (nr domu) ..... (nr lokalu).....  
Dowód osob. seria ..... nr ..... wydany w dn. .... przez .....  
tel. kontaktowy .....

Imię ..... nazwisko ..... adres zamieszkania:  
(województwo) ..... (miasto) .....  
(ulica) ..... (nr domu) ..... (nr lokalu).....  
Dowód osob. seria ..... nr ..... wydany w dn. .... przez .....  
tel. kontaktowy .....

#### IV OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosi:.....

Czy jest pan/pani w stanie wnieść udział własny na częściowe pokrycie kosztów potrzebnego sprzętu rehabilitacyjnego tak/nie.....jeśli tak w jakiej kwocie.....

Czy zwracali się Państwo o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego do odpowiednich instytucji (PFRON, MOPS, PCPR, lub innych) tak/nie.....

Jeśli tak, proszę podać z jakim skutkiem (krótki opis sytuacji).....

.....

Inne informacje dotyczące dziecka, nie zawarte w pytaniach ankiety, a mogące mieć wpływ na rodzaj udzielonej pomocy:.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Data i podpis osoby wypełniającej ankietę

Załącznik: kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)

#### V OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233.1 k.k. oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych przez ZG PTN do celów związanych z realizacją pomocy zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 13 poz. 883).

O wszelkich zmianach dotyczących ankiety zobowiązuję się niezwłocznie poinformować ZG PTN.

.....  
podpis