

**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 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 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:

- dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,
- uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu,
- 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 podać wiek rodzeństwa)	(jeśli tak, proszę podać wiek 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?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie (Z kim śpi dziecko?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

[TABELA 6] SYTUACJA MATERIALNA RODZINY								
rodzaj źródła utrzymania	wynagrodzenie za pracę	renta	emerytura	pomoc społeczna (w tym 500+)	zasilek 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 (<input type="checkbox"/> wanna / <input type="checkbox"/> prysznic)			
	mycie dłoni przy umywalce			
	mycie głowy / włosów			
	czesanie się			
	korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne)			Czy dziecko: <input type="checkbox"/> nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych <input type="checkbox"/> za późno sygnalizuje potrzeby fizjologiczne <input type="checkbox"/> wymaga cewnikowania <input type="checkbox"/> wymaga korzystania z pampersów <input type="checkbox"/> moczy się w nocy
	mycie zębów			
	obcinanie paznokci u rąk i nóg			
ubieranie i rozbieranie się	przygotowanie ubrań			
	nałożenie ubrań			
	zdejście 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? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)		<input type="checkbox"/> dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> dziecko korzysta z aparatu słuchowego <input type="checkbox"/> dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?)
zdolność do widzenia (Czy została stwierdzona choroba narządu wzroku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)		<input type="checkbox"/> dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> dziecko korzysta z okularów / soczewek <input type="checkbox"/> dziecko zna język Braille'a <input type="checkbox"/> dziecko korzysta z innego sprzętu (jaki?)
zdolność do artykulacji i rozumienia mowy (kontakt słowny) (Czy została stwierdzona choroba narządu mowy? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)	<input type="checkbox"/> dziecko mówi wyraźnie	<input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego	<input type="checkbox"/> dziecko zna język migowy
	dziecko mówi poprawnie: <input type="checkbox"/> prostymi zdaniami <input type="checkbox"/> pełnymi zdaniami <input type="checkbox"/> pojedynczymi słowami	<input type="checkbox"/> dziecko nie rozumie mowy	<input type="checkbox"/> dziecko korzysta ze środków pomocniczych (jaki?)
		<input type="checkbox"/> dziecko nie rozumie poleceń	<input type="checkbox"/> dziecko porozumiewa się gestem
		<input type="checkbox"/> dziecko potrzebuje wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> dziecko mówi niewyraźnie (np. jąka się) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> pismo czytelne	<input type="checkbox"/> pismo mało czytelne <input type="checkbox"/> pismo nieczytelne	
	wycinanie nożyczkami			
	inne czynności manualne (np. ugniatanie czegoś w dłoni)			

[TABELA 11] SYTUACJA EDUKACYJNA DZIECKA

ETAP EDUKACYJNY																				
dziecko uczęszcza do	<input type="checkbox"/> przedszkola			<input type="checkbox"/> oddziału przedszkolnego w szkole				<input type="checkbox"/> przedszkola specjalnego				<input type="checkbox"/> przedszkola integracyjnego				<input type="checkbox"/> nie dotyczy (z uwagi na wiek)				
	<input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej			<input type="checkbox"/> szkoły specjalnej				<input type="checkbox"/> szkoły / klasy integracyjnej				<input type="checkbox"/> innej instytucji (jakiej?.....)								
rodzaj szkoły i klasy	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa								<input type="checkbox"/> technikum					<input type="checkbox"/> liceum				<input type="checkbox"/> 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 odroczone obowiązki szkolne?					Czy dziecko powtarzało klasę?					Czy dziecko uczyło się w oddziałach szpitalnych?		
	<input type="checkbox"/> tak - kiedy? - z jakiego powodu?							<input type="checkbox"/> tak - kiedy? - z jakiego powodu?					<input type="checkbox"/> tak - którą? - ile razy?					<input type="checkbox"/> tak - w której klasie? - ile razy?		
	<input type="checkbox"/> nie							<input type="checkbox"/> nie					<input type="checkbox"/> nie					<input type="checkbox"/> nie		
RODZAJ TRUDNOŚCI W NAUCE																				
motywacja	do chodzenia do przedszkola / szkoły							<input type="checkbox"/> chętnie				<input type="checkbox"/> ani chętnie, ani niechętnie				<input type="checkbox"/> niechętnie				
	do nauki							<input type="checkbox"/> wysoka				<input type="checkbox"/> ani wysoka, ani niska				<input type="checkbox"/> niska				
rozwój ruchowy	Czy dziecko uczestniczy w zajęciach ruchowych w przedszkolu / w zajęciach wychowania fizycznego w szkole?							<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> tak, ale jest częściowo zwolnione			<input type="checkbox"/> nie, gdyż jest całościowo zwolnione				<input type="checkbox"/> nie dotyczy			
wyniki w nauce	Jakie zajęcia sprawiają dziecku największą trudność?																		
	Jakie zajęcia dziecko realizuje z łatwością?																		
	Jakie wyniki w nauce osiąga dziecko?							<input type="checkbox"/> bardzo dobre		<input type="checkbox"/> dobre		<input type="checkbox"/> ani dobre, ani złe				<input type="checkbox"/> złe		<input type="checkbox"/> bardzo złe		
	Jakie są szczególne osiągnięcia dziecka w przedszkolu / szkole?							<input type="checkbox"/> muzyczne		<input type="checkbox"/> plastyczne			<input type="checkbox"/> inne (jakie?							
pomoc w lekcjach	Czy dziecko wymaga pomocy w odrabianiu lekcji (zadań domowych)?							<input type="checkbox"/> tak (na czym polega pomoc?												<input type="checkbox"/> nie

[TABELA 12] FORMY WSPARCIA DZIECKA

FORMY WSPARCIA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ DZIECKA

kompensacja	Dziecko korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub pomocy technicznych, takich jak:			
	<input type="checkbox"/> gorset	<input type="checkbox"/> materac przeciwoślizgowy	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	
	<input type="checkbox"/> balkonik	<input type="checkbox"/> kule łokciowe	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> w domu
	gimnastyka korekcyjna			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> w domu
	terapia logopedyczna			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> w domu
	terapia psychologiczna			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> w domu
	terapia integracji sensorycznej			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> w domu
	inne (jakie?			<input type="checkbox"/> na terenie placówki / ośrodka <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> pedagoga / <input type="checkbox"/> psychologa szkolnego			
	inne (jakie?			

Czy dziecko korzysta lub korzystało z pomocy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? (jeśli tak, to proszę dołączyć do wniosku opinię z PPP)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, korzysta obecnie	<input type="checkbox"/> tak, korzystało (kiedy?
		Z jakiego powodu?.....	

[TABELA 13] FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNO-EMOCJONALNE DZIECKA

Czy dziecko nawiązuje kontakty społeczne? (np. komunikacja z dorosłymi)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie (dlaczego?	
Czy dziecko ma kolegów?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie (dlaczego?	
Czy dziecko ma koleżanki?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie (dlaczego?	
Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w domu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak (jakie?	
Czy dziecko sprawia trudności wychowawcze w przedszkolu / szkole?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak (jakie?	
Jak dziecko funkcjonuje w środowisku zewnętrznym? (relacje np. z kolegami / koleżankami z podwórka / ulicy, sąsiadami)	<input type="checkbox"/> prawidłowo	<input type="checkbox"/> nieprawidłowo (dlaczego?	
Jak dziecko funkcjonuje w środowisku szkolnym? (relacje z kolegami / koleżankami z klasy, nauczycielami)	<input type="checkbox"/> prawidłowo	<input type="checkbox"/> nieprawidłowo (dlaczego?	
Jak dziecko radzi sobie z trudnymi sytuacjami?	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> ani dobrze, ani źle	<input type="checkbox"/> źle (dlaczego?
Jak dziecko radzi sobie z chorobą?	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> ani dobrze, ani źle	<input type="checkbox"/> źle (dlaczego?
<input type="checkbox"/> dziecko ukrywa chorobę przed rówieśnikami			

[TABELA 14] MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE

--

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego osoby orzekanej