**Diagnoza Wstępna**

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

Imię:

Nazwisko:

Numer telefonu odbiorcy wsparcia:
Numer telefonu do osoby pierwszego kontaktu:

Adres e-mail:

Miejsce zamieszkania:

Data urodzenia:
Wiek:

PESEL:

1. **Forma oraz preferencje komunikacji i specjalne potrzeby w tym obszarze:**

(np. osobiście, telefon, sms, mail, AAC, ETR, tłumacz języka migowego etc)

|  |  |
| --- | --- |
| Z odbiorcą wsparcia  |  |
| Z opiekunem lub osobą wspierającą  |  |

1. **Rodzaj niepełnosprawności**

(np. rodzaj orzeczenia, stopień i symbol niepełnosprawności, rodzaj schorzenia i inne choroby towarzyszące, czas trwania niepełnosprawności – nabyta, wrodzona, opieka lekarska, zalecenia medyczne,  przyjmowane leki, korzystanie ze sprzętu wspierającego itp.)

|  |
| --- |
|  |

1. **Trudności wynikające z niepełnosprawności?**

(np. w czynnościach domowych, komunikacji, korzystania ze środków lokomocji, w kontaktach społecznych, rozwoju edukacyjnym lub zawodowym)

|  |
| --- |
|  |

1. **Sytuacja mieszkaniowa odbiorcy wsparcia i wsparcie z najbliższego otoczenia.**

Kto i w jakim zakresie wspiera odbiorcę w codziennym funkcjonowaniu i na czym to wsparcie polega (osoby i instytucje).

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy odbiorca wsparcia korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego/kompensacyjnego?
Jeśli tak, to w jakim zakresie?**
(np. proteza, aparat ortopedyczny, kule, wózek ręczny/elektryczny, aparat słuchowy, system fm, sprzęt wspomagający widzenie (kamera, lupa, lupa elektroniczna, powiększalnik), szkła korekcyjne, biała laska, specjalistyczne oprogramowanie komputerowe, korzysta z alternatywnych form komunikacji)

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy posiadany sprzęt rehabilitacyjny/pomocniczy jest wystarczający?**

☐ tak

☐ nie, dlaczego? *Jakie są obecne potrzeby w tym zakresie?*

|  |
| --- |
|  |

1. **Korzystanie z dotychczasowych form wsparcia dla osób z niepełnosprawnością i szczególnymi potrzebami** (pomoc socjalna, Turnusy rehabilitacyjne, Dofinansowanie do sprzętu i likwidowaniu barier etc. Kiedy oraz z jakich źródeł było finansowanie?)

|  |
| --- |
|  |

1. **Źródła utrzymania i pobierane świadczenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Źródło dochodu | Rodzaj  | Kwota (netto)  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Suma |  |

1. **Czy występują trudności związane z aktywnością społeczną, edukacyjną /i lub zawodową?**

**Jeśli tak, to jakie?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy w miejscu zamieszkania/aktualnego pobytu, występują bariery: architektoniczne, cyfrowe, informacyjno - komunikacyjne** (np. w urzędach, które odwiedzasz, ośrodkach wsparcia, instytucjach kultury, możliwościach transportu, placówkach oświaty etc.)

|  |
| --- |
|  |

1. **Potrzeby, z których wynikają problemy w życiu codziennym i mają bezpośredni wpływ na sytuację odbiorcy.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Potrzeba konsultacji specjalistycznej dla odbiorcy wsparcia lub opiekuna.** (np. psycholog, pedagog, logopeda, lekarz specjalista, rehabilitant, prawnik, doradca zawodowy etc.)

|  |
| --- |
|  |

1. **Potrzeba korzystania z asystencji osobistej lub opieki wytchnieniowej.**
Jeśli występuje, to w jakim zakresie jest oczekiwane wsparcie?

|  |
| --- |
|  |

1. **Dostęp do źródeł informacji** (skąd czerpię informacje o formach wsparcia itd.)

|  |
| --- |
|  |

1. **Zainteresowania i formy spędzania czasu wolnego odbiorcy wsparcia:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wykształcenie:**
* Nie dotyczy
* Podstawowe
* Gimnazjalne
* System kształcenia szkoły specjalnej
* Szkoła przysposabiająca do zawodu
* Zasadnicze zawodowe
* Średnie/techniczne
* Policealne
* Wyższe (lic, mgr, podyplomowe)
* Tytuły naukowe,
* Aplikacje i certyfikaty zawodowe
1. **Ukończone szkoły**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Lata kształcenia (od -do)  | Nazwa Szkoły  | Zawód wyuczony/specjalizacja |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Nie dotyczy
1. Ukończone kursy i szkolenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Lata kształcenia (od-do)/rok ukończenia | Placówka szkoląca  | Rodzaj/nazwa szkolenia i nabyte umiejętności |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Nie dotyczy
1. **Specjalne zalecenia lub ograniczenia w procesie kształcenia**

|  |
| --- |
|  |

1. **Potrzeba lub chęć kształcenia się i zdobycia dodatkowych umiejętności**

|  |
| --- |
|  |

1. **Doświadczenie zawodowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Okres zatrudnienia | Pracodawca | Stanowisko | Zakres obowiązków |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Nie dotyczy
1. **Specjalne zalecenia lub ograniczenia zdrowotne w pracy zawodowej**

|  |
| --- |
|  |

1. **Potrzeba przekwalifikowania się lub nabycia nowych umiejętności zawodowych**

Jeśli tak, to jakich?

|  |
| --- |
|  |

1. **DODATKOWE INFORMACJE,**

które nie były uwzględnione w powyższych pytaniach, a według odbiorcy wsparcia są ważne do przekazania w procesie współpracy z MDWS

|  |
| --- |
|  |

**POTWIERDZAM ODBIÓR OPRACOWANEJ DIAGNOZY**

**Z MOBILNYM DORADCĄ WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO**

Miejscowość ………………..............……………, data……….............……

…………………………..........…………… .........................................................

 (*podpis odbiorcy wsparcia)*  (*podpis opiekuna odbiorcy wsparcia)*

…………..........................................……………………………
(podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)