

**Ocena społeczna osoby, która nie ukończyła 16 roku życia dla potrzeb postępowania  
o ustalenie niepełnosprawności**

PZO .....

**I. Dane osobowe:**

1. imię i nazwisko dziecka .....
2. data i miejsce urodzenia.....
3. numer PESEL lub inny dokument tożsamości (np. legitymacja szkolna, akt urodzenia)<sup>1</sup> .....
4. adres zamieszkania/pobytu .....
5. imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego .....

**II. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:**

1. warunki mieszkaniowe<sup>2\*</sup>: .....
- .....
- .....
2. potrzeby dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń\* : ☐ nie wymaga, ☐ wymaga ( jakie?) .....
- .....
- .....

**III. Podstawowe problemy zdrowotne:** .....

**IV. Ocena sytuacji socjalno-społecznej dziecka i jego rodziny:** .....

**V. Możliwości edukacyjne dziecka, w tym korzystanie z placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, usług medycznych, rehabilitacyjnych lub opiekuńczych:**

1. dziecko realizuje obowiązek szkolny w\*: szkole ogólnodostępnej / szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym / szkole specjalnej lub oddziale specjalnym / specjalnym ośrodku szkolno – wychowawczym

2. dziecko uczestniczy w zajęciach rewalidacyjnych: .....

3. dziecko pobiera naukę w toku nauczania indywidualnego w domu w wymiarze ..... godzin dziennie ze względu na .....

4. wyniki w nauce i postawa dziecka wobec szkoły: .....

5. ocena infrastruktury lokalnej, w tym dostępność do placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, medycznych, rehabilitacyjnych: .....

<sup>1</sup> Obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

<sup>2</sup> Opisać z uwzględnieniem w szczególności: mieszkanie/dom jednorodzinny, liczba pokoi, bieżąca woda, ciepła woda, ogrzewanie, łazienka, toaleta, liczba osób wspólnie zamieszkujących, inne (w tym zakład karny, dom dziecka, bezdomność)

.....  
**6. potrzeba korzystania ze wsparcia środowiska lokalnego TAK/NIE\*** jeśli tak, wskazać jakie: .....

.....  
**7. uwagi:** .....

.....  
**VI. Zdolność w zakresie samoobsługi:**

a) utrzymanie higieny osobistej<sup>3\*</sup>: ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?) .....

.....  
b) ubieranie i rozbieranie się<sup>4\*</sup>: ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?) .....

.....  
c) spożywanie posiłków<sup>5\*</sup>: ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?) .....

.....  
d) inne czynności samoobsługi<sup>6</sup>: .....

**VII. Zdolność w zakresie poruszania się:**

a) zdolność do przemieszczania się<sup>7\*</sup>: ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?) .....

.....  
b) sposób przemieszczania się z domu do szkoły: .....

.....  
**VIII. Zdolność do komunikowania się z innymi adekwatna do wieku dziecka<sup>8\*</sup>:** ☐ pełna, ☐ brak,  
☐ ograniczenia (jakie?) .....

.....  
**IX. Ocena funkcjonowania społecznego dziecka, jego zachowania, zdolności nawiązywania kontaktów oraz relacji z rodzicem na podstawie obserwacji podczas przeprowadzonej rozmowy:** .....

.....  
**X. Dziecko wymaga konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby (adekwatnie do wieku dziecka) TAK/NIE\***

**Jeżeli TAK należy wskazać konkretne czynności determinujące konieczność opieki i pomocy w:**

○ czynnościach samoobsługowych: .....

3 m.in.: poranna toaleta, mycie się kąpiel całego ciała (w wannie/prysznic), mycie przy umywalce, mycie włosów, czesanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie moczu/stolca, obcinanie paznokci;

4 m.in.: przygotowanie ubrań, nałożenie ubrań, zdjęcie ubrań, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów;

5 m.in.: posługiwanie się sztućcami, sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, żucie, połykanie;

6 np.: przyjmowanie leków, stosowanie zmodyfikowanej diety;

7 w tym: zmiana pozycji ciała, przemieszczanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, osoba na wózku/poruszająca się z pomocą balkonika i/lub kul łokciowych itp.

8 w szczególności zdolność do widzenia, słyszenia, artykulacji i rozumienia mowy, kontakt słowny

.....  
○ poruszaniu się i przemieszczaniu: .....

.....  
○ komunikowaniu się z otoczeniem: .....

.....  
oraz rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych w ciągu dnia: .....

.....  
**XI. Dziecko wymaga stałego współudziału opiekuna w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (adekwatnie do wieku dziecka) TAK/NIE\***

**Jeżeli TAK należy wskazać poniższe:**

○ zakres udzielanego wsparcia w czynnościach samoobsługowych: .....

.....  
○ częstotliwość wizyt lekarskich: .....

.....  
○ rodzaj i liczbę zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem (podać częstotliwość: w ciągu tygodnia, miesiąca): .....

.....  
○ zakres uczestnictwa opiekuna dziecka w procesie edukacyjnym, w tym częstotliwość kontaktów opiekuna z placówką oświatową/opiekuńczo-wychowawczą: .....

.....  
**XII. Proponowane rozstrzygnięcie:\***

☐ brak niepełnosprawności

☐ niepełnosprawność

**XIII. Uzasadnienie:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

Płock, data .....

.....  
podpis pracownika socjalnego .....

\* właściwe zakresł