Nr wniosku ………………………………….

SKALA PUNKTOWA DO OCENY SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

wniosku o likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

..............................................................................................PESEL..............................................

*wnioskodawca*

.....................................................................................................................................................

*adres zamieszkania*

CZĘŚĆ A

1. rodzaj niepełnosprawności według treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem i wniosku lekarskiego

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| znaczny | *10 pkt* |
| umiarkowany | *6 pkt* |
| lekki | *3 pkt* |
| orzeczenie o niepełnosprawności | *10 pkt* |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

1. średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym:

|  |  |
| --- | --- |
| 100,00 zł -1 000,00 zł | 10 pkt |
| 1 001,00 zł - 1 500,00 zł | 6 pkt |
| Powyżej 1 500,00 zł | 3 pkt |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

1. korzystanie ze środków finansowych PFRON na dofinansowanie do likwidacji barier

|  |  |
| --- | --- |
| wnioskodawca nie korzystał NIGDY ze środków finansowych PFRON do likwidacji barier w tym samym zakresie wnioskowanych prac lub przedmiotów | 10 pkt |
| wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON do likwidacji barier w tym samym zakresie wnioskowanych prac lub przedmiotów | 0 pkt |
| wnioskodawca w latach 2020 – 2022 korzystał ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w zakresie innym niż wnioskowany przedmiot | 5 pkt |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

1. wiek osoby niepełnosprawnej

|  |  |
| --- | --- |
| dzieci i młodzież niepełnosprawna ucząca się i nie pracująca do ukończenia 24 r. ż. | 5 pkt |
| osoba w wieku aktywności zawodowej | 4 pkt |
| osoba po wieku aktywności zawodowej | 2 pkt |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

1. utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu

|  |  |
| --- | --- |
| osoba leżąca lub osoba z dysfunkcją narządu ruchu poruszająca się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (np. kule, chodzik, itp.) | 10 pkt |
| osoba z dysfunkcją narządu ruchu lub wzroku posiadająca w orzeczeniu symbol niepełnosprawności: ,,04-O”, ,,05-R”, ,,10-N” | 8 pkt |
| osoba z innymi dysfunkcjami, nie wymagająca używania sprzętu i przedmiotów ortopedycznych do funkcjonowania w codziennej egzystencji | 3 pkt |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

1. prowadzenie gospodarstwa domowego

|  |  |
| --- | --- |
| wspólnie z niepełnosprawnym dzieckiem (do 16 r. ż) i/lub osobą niepełnosprawną co najmniej w stopniu umiarkowanym | 8 pkt |
| samodzielnie lub rodzic (opiekun) samotnie wychowujący dziecko (do 16 r. ż) - niezależnie od niepełnosprawności dziecka lub rodzica (opiekuna) | 5 pkt |
| wspólnie z rodziną | 2 pkt |
| *Liczba punktów wnioskodawcy* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba punktów w części A** | ……….**pkt** |

CZĘŚĆ B

dodatkowa ocena i wnioski pracownika socjalnego rozpatrującego wniosek określająca sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej w skali 0-15

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………. | *….. pkt* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba punktów w części A** | …….. pkt |
| **Liczba punktów w części B** | …….. pkt |
| **Razem liczba punktów** | ………….**pkt** |

Podpisy osób biorących udział w rozpatrywaniu wniosku:

1. pracownik realizujący zadanie ……………………………………………………
2. pracownik socjalny …………………………………………………….
3. kierownik PCPR …………………………………………………….

Siemiatycze, dnia …………………………………………