



**Karta oceny funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością
na potrzeby kwalifikacji do udziału w projekcie
„Urlop od opieki. Model turystyki wytchnieniowej”
w ramach przedsięwzięcia grantowego pn. „Weź odpocznij!”**

ID grupy MTW (wypełnia Organizator):

MTW-2026-_____

I. Dane osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko:	
PESEL	
Adres zamieszkania:	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

III. Orzeczenie o niepełnosprawności

Czy posiada Pani/Pan aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo dokument równoważny potwierdzający status osoby z niepełnosprawnością?

☐ TAK

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać rodzaj posiadanego orzeczenia lub dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność:





- ☐ lekki stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy dzieci)
- ☐ dokument równoważny (jaki?)

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Symbole przyczyn niepełnosprawności wskazane w orzeczeniu :

- ☐ 01-U - upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P - choroby psychiczne
- ☐ 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- ☐ 04-O - choroby narządu wzroku
- ☐ 05-R - upośledzenie narządu ruchu
- ☐ 06-E - epilepsja
- ☐ 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia
- ☐ 08-T - choroby układu pokarmowego
- ☐ 09-M - choroby układu moczowo-płciowego
- ☐ 10-N - choroby neurologiczne
- ☐ 11-I - inne schorzenia
- ☐ 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe

IV. Funkcjonowanie ruchowe

Poruszanie się w pomieszczeniach:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą drugiej osoby
- ☐ z pomocą sprzętu ortopedycznego
- ☐ na wózku

Poruszanie się poza miejscem zamieszkania:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą drugiej osoby





- ☐ z pomocą sprzętu ortopedycznego
- ☐ na wózku

V. Komunikacja

Sposób komunikowania się:

- ☐ komunikacja werbalna bez ograniczeń
- ☐ trudności w mowie
- ☐ komunikacja wspomagana (gesty, symbole, piktogramy)
- ☐ komunikacja alternatywna i wspomagająca (AAC)
- ☐ brak komunikacji werbalnej

Preferowany sposób komunikacji i wsparcia:

.....

VI. Samoobsługa

W zakresie ubierania się:

- ☐ samodzielnie
- ☐ wymagam częściowego wsparcia
- ☐ wymagam pełnego wsparcia

W zakresie higieny osobistej:

- ☐ samodzielnie
- ☐ wymagam częściowego wsparcia
- ☐ wymagam pełnego wsparcia

W zakresie korzystania z toalety:

- ☐ samodzielnie
- ☐ wymagam częściowego wsparcia
- ☐ wymagam pełnego wsparcia

W zakresie spożywania posiłków:

- ☐ samodzielnie
- ☐ wymagam częściowego wsparcia
- ☐ wymagam pełnego wsparcia





VII. Poziom wsparcia

Czy wymaga Pan/Pani stałej obecności opiekuna/asystenta w codziennym funkcjonowaniu?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać zakres potrzebnego wsparcia:

.....

VIII. Zdrowie

Czy występują u Pani/Pana alergie?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać rodzaj alergii oraz ewentualne informacje istotne dla zapewnienia odpowiedniego wsparcia:

.....

Czy występują u Pana/Pani choroby lub inne problemy zdrowotne istotne dla bezpieczeństwa?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę podać jakie:

.....

Czy przyjmuje Pana/Pani leki?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać leki lub informacje istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa:

.....

X. Zachowania i bezpieczeństwo

Czy występują u Pana/Pani zachowania lub sytuacje wymagające szczególnego sposobu wsparcia?

☐ NIE

☐ TAK

Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać rodzaj sytuacji/zachowań:

☐ zachowania agresywne

☐ zachowania autoagresywne





- ☐ silne lęki lub reakcje lękowe
- ☐ impulsywność lub trudności w kontroli emocji
- ☐ oddalanie się / ryzyko zagubienia
- ☐ inne:

Co pomaga Panu/Pani czuć się bezpiecznie i komfortowo?

.....

XI. Wrażliwość sensoryczna

Czy występują u Pana/Pani szczególne potrzeby związane z odbiorem bodźców z otoczenia?

- ☐ Brak szczególnych potrzeb
- ☐ Dźwięki (np. hałas, głośne odgłosy)
- ☐ Światło (np. intensywne światło, migotanie)
- ☐ Dotyk (np. kontakt fizyczny, określone materiały)
- ☐ Zapachy
- ☐ Tłum / duża liczba osób
- ☐ Inne:

XII. Indywidualne potrzeby i ważne informacje

Proszę wskazać informacje, które pomogą Organizatorowi zapewnić odpowiednie warunki udziału:

.....

.....

XIII. Oświadczenie

Oświadczam, że przekazane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą i przedstawiają aktualny stan mojego funkcjonowania.

.....
Czytelny podpis, data

