

**INFORMACJE KOMPLEKSOWE NA TEMAT OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ
MIESZKAJĄCEJ W DOMU WSPÓLNOTY L'ARCHE /
CZŁONKA WSPÓLNOTY L'ARCHE**

Informacje dostępne tylko dla osób upoważnionych

Data sporządzenia :	dd/mm/rok
Data ostatniej aktualizacji	dd/mm/rok

IMIĘ I NAZWISKO

CZĘŚĆ I – DANE PODSTAWOWE I KONTAKTOWE

1. Imię/ imiona i nazwisko

.....

2. Data i miejsce urodzenia

.....

3. Data przyścia do Wspólnoty

.....

4. Imiona rodziców, nazwisko panięskie matki

.....

5. numer telefonu osoby (jeśli posiada):

.....

6. dane kontaktowe osoby referencyjnej / rzecznika/ lub asystenta towarzyszącego osobie

a. imię i nazwisko

.....

b. dane kontaktowe

.....

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

7. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Adres zamieszkania

(wypełnia się, jeżeli osoba mieszka poza domem Wspólnoty L'Arche)

.....

9. Adres zameldowania

(wypełnia się, jeżeli adres jest inny niż adres zamieszkania)

.....

10. Dokumenty

a. numer i seria dowodu osobistego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. data ważności dowodu osobistego

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

c. dowód osobisty został wystawiony przez

.....

d. inne ważne dokumenty

(informacje na temat upływu terminu ważności poszczególnych dokumentów oraz miejsca ich przechowywania)

.....

.....

.....

.....

.....

11. Niepełnosprawność

a. Stopień niepełnosprawności

.....

b. Termin upływu orzeczenia

(jeżeli orzeczenie zostało wydane na czas określony)

.....

c. Miejsce przechowywania dokumentów – orzeczeń

.....

d. Pozostałe informacje na temat niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

.....

12. Ubezważnowolnienie

(wypełnić jeśli osoba jest ubezważnowolniona)

a. Informacje na temat ubezważnowolnienia

(zwłaszcza w zakresie stopnia ubezważnowolnienia, czasu od kiedy osoba jest ubezważnowolniona, ewentualnie informacja o toczącym się procesie ubezważnowolnienia i miejscu przechowywania stosownych dokumentów)

.....

.....

.....

b. Imię i nazwisko kuratora osoby ubezważnowolnionej częściowo lub imię i nazwisko opiekuna prawnego osoby ubezważnowolnionej całkowicie

.....

c. Adres i dane kontaktowe kuratora/opiekuna

.....

.....

.....

13. Miejsce pracy lub warsztaty terapii zajęciowej

a. Oficjalna nazwa

.....

b. Dane adresowe

.....

.....

.....

c. Dane osoby kontaktowej

.....

.....

.....

3. Spotkania Komitetu Przyjmowania² do Wspólnoty L'Arche

Celem spotkania jest podjęcie decyzji czy aplikant powinien być przyjęty na wstępne pierwszy czas okresu próbnego. Decyzja zostaje podjęta po konsultacji z mieszkańcami domu.

4. Następne spotkanie Komitetu Przyjmowanie do Wspólnoty L'Arche

Odbywa się po każdej wizycie kandydata w ramach okresu próbnego, by zdecydować czy aplikant powinien być przyjęty jako członek wspólnoty lub kontynuować staż.

Czas trwania stażu nie powinien być skracany.

² Komitet przyjmowania do Wspólnoty składa się z członków wspólnoty wyznaczonych przez Odpowiedzialnego za Wspólnotę i Radę Wspólnoty. Przykładowo skład komitetu może zarysowywać się następująco: Odpowiedzialny za Wspólnotę, dwóch asystentów długoterminowych związanych z domem do którego ma się odbyć przyjęcie, członek zarządu oraz psycholog znający wspólnotę.

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

KARTA ZGŁOSZENIA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszanej:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:.....

3. Adres zamieszkania:.....

.....

4. Numer telefonu:.....

5. Osoba zamieszkuje (proszę zaznaczyć odpowiedź):

a. z rodziną

b. w Domu Pomocy Społecznej

c. inne

6. Wyznanie osoby zgłaszanej (zaznacz odpowiedź)

a. czy praktykuje? TAK NIE

b. czy osoba jest ochrzczona? TAK NIE

c. czy osoba była u I Komunii Św.? TAK NIE

d. czy osoba była u Bierzmowania? TAK NIE

7. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona? (zaznacz odpowiedź):

TAK

NIE

jeżeli tak, to kto sprawuje opiekę?

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

* - rodzice

* - kurator

*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podać: imię, nazwisko, adres,
nr telefonu opiekuna prawnego lub kuratora*

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

8. Proszę podać źródła utrzymania osoby:

.....
.....

9. Czy osoba posiada zobowiązania finansowe wobec osób trzecich, jeśli tak to w jaki stopniu?

.....

10. Czy osoba wymaga wsparcia w zarządzaniu swoim majątkiem? Jeśli tak, to jakiego rodzaju wsparcie jest konieczne?

.....
.....

11. Czy uczęszcza do warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowego domu pomocy lub innych placówek podobnego typu? Jeśli tak, proszę podać adres ośrodka

.....
.....

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

12. Czy osoba JEST, BYŁA lub NIE BYŁA (proszę wpisać odpowiedź):
- a. w bliskim, intymnym związku z inną osobą ?
 - b. w związku małżeńskim?
 - c. czy osoba ma dzieci?
13. Niepełnosprawność intelektualna u osoby zgłaszanej jest związana z:
(proszę zaznaczyć lub wpisać odpowiedź)
- a. zespołem Downa
 - b. mózgowym porażeniem dziecięce zapaleniem opon mózgowych
 - c. inne
14. Od kiedy niepełnosprawność występuje:
.....
15. Stwierdzono niepełnosprawność w stopniu (proszę zaznaczyć odpowiedź):
- a. lekkim
 - b. umiarkowanym
 - c. znacznym
16. Czy niepełnosprawności towarzyszy (proszę podkreślić odpowiedź)
- a. choroba psychiczna
 - b. epilepsja, jeśli tak, to jak często występują ataki?.....
 - c. alergia, jeśli tak to na co?.....
 - d. inne.....
17. Jak często wskazana jest opieka lekarska? (proszę uzupełnić)
.....
18. Jakie leki bierze osoba? (proszę uzupełnić)
.....
.....
.....

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

19. Proszę ocenić kontakt osoby z otoczeniem? (proszę podkreślić odpowiedź)
- a. łatwy, spontaniczny
 - b. utrudniony
 - c. brak kontakt

20. Czy u osoby pojawiają się zachowania, które mogą być kłopotliwe dla innych?
TAK NIE

Jeżeli tak to jakie?(proszę podkreślić odpowiedź)

- a. izolowanie się
- b. konfliktowość
- c. agresywność
- d. nadmierna seksualność
- e. inne, jakie?

21. Jak osoba reaguje w sytuacjach trudnych?

.....

.....

.....

22. Jakie są obawy i trudności osoby w codziennym życiu? (proszę krótko opisać)

.....

.....

.....

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

23. Co dla osoby jest ważne? Co lubi?

.....

.....

.....

24. Proszę opisać jak wygląda dzień osoby (proszę opisać):

RANEK:

.....

.....

.....

POŁUDNIE:

.....

.....

.....

POPOŁUDNIE:

.....

.....

.....

WIECZÓR:

.....

Kwestionariusz medyczny dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną,

ubiegającej się o przyjęcie do wspólnoty L'Arche

.....
/ imię i nazwisko kandydata /

Uprzejmie prosimy lekarza sprawującego opiekę medyczną nad kandydatem o informacje dotyczące stanu zdrowia danej osoby. Pomoże to nam ustalić, na ile Wspólnota L'Arche jest w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne kandydata.

Formularz zawiera ogólne informacje zdrowotne na temat kandydata. W przypadku kontynuowania procesu przyjmowania do Wspólnoty, może zaistnieć potrzeba uzyskania dodatkowych, bardziej szczegółowych lub aktualniejszych danych, o czym zostaną Państwo poinformowani.

1. Imię i nazwisko oraz specjalizacja lekarza wypełniającego ankietę oraz od kiedy prowadzi pacjentkę:

2. Diagnoza niepełnosprawności:

- a. czy znana jest przyczyna niepełnosprawności, jeśli tak - to jaka?
- b. wiek, w którym rozpoznano u osoby niepełnosprawność intelektualną:

3. Stan psychiczny

- a. Czy dana osoba ma zaburzenia psychiczne?
- b. Czy bywa niespokojna, gwałtowna?
- c. Czy miewa stany obniżonego nastroju?
- d. Czy stanowi niebezpieczeństwo dla siebie lub innych?
- e. Czy istnieje zagrożenie samobójstwem?
- f. Proszę podać okoliczności w jakich mogą się pojawić zakłócenia psychiczne:

4. Komunikacja

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

- a. W jaki sposób osoba komunikuje się z otoczeniem?
- b. Czy występują trudności w komunikowaniu się, jeśli tak - to jakie?
- 5. Czy istnieją wady wzroku, jeśli tak - to jakie?**
- 6. Czy istnieją wady słuchu, jeśli tak - to jakie?**
- 7. Czy osoba korzysta z okularów lub aparatu słuchowego?**
- 8. Czy dana osoba cierpi na epilepsję? Jeśli tak, to proszę podać typ, częstotliwość i okoliczności występowania napadów?**
- 9. Proszę podać dane odnośnie ewentualnej niepełnosprawności fizycznej, deformacji ciała lub innych dolegliwości:**
- a. czy stan fizyczny osoby wymaga stosowania dodatkowych przyrządów / pomocy?
- 10. Proszę podać daty przebytych w przeszłości ważniejszych chorób i operacji oraz pobytów w szpitalu. Czy wskazane są wizyty kontrolne? Jeśli tak, to jak często i u jakiego lekarza?**
- 11. Pod opieką jakich specjalistów znajduje się kandydat obecnie? Czy cierpi na przewlekłą chorobę somatyczną, jeśli tak to jaką?**
- 12. Jaki jest obecnie stan zdrowia danej osoby? Jeśli się pogarsza - to w jakiej dziedzinie?**
- 13. Czy osoba zażywa leki?**
- a. leki zażywane systematycznie/ nazwa, dawka, częstotliwość, od kiedy zażywane?/
- b. leki zażywane sporadycznie, w razie potrzeby
- c. Czy stwierdzono uczulenia na jakiś lek? Jaki?
- d. Czy stwierdzono nieskuteczność jakichś leków w przypadku danej osoby, jeśli tak to których?
- 14. Jakie antybiotyki były podawane w ostatnim roku?**
- 15. Czy wymagana jest specjalna dieta? Jeśli tak, to z jakiego powodu? Czego osoba nie może jeść?**
- 16. Czy stwierdzono jakiś rodzaj alergii? Jeśli tak, to na co osoba jest uczulona? Jakie są objawy alergii?**
- 17. Opieka dentystyczna**
- a. Jaki jest stan ogólny uzębienia?
- b. Czy osoba nosi protezy?
- c. Czy protezy są we właściwym stanie?
- d. Czy stwierdza się inne nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej, jeśli tak - to jakie?

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

18. Nałogi np. palenie papierosów lub inne

19. Inne ważne informacje, np. choroby na które osoba może być podatna

data wypełnienia ankiety

data, podpis, pieczęć lekarza

Indywidualny Plan Wsparcia

Część I Plan

1. Imię i nazwisko wspieranej osoby:

.....
.....

2. Opis wsparcia, realizowanego działania:

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

3. Metody działania, zastosowane udogodnienia, środki użyte do realizacji planu:

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

4. Termin realizacji założonych działań, terminy kontrolne:

.....
.....

MATERIAŁ PRZYKŁADOWY

5. Osoby odpowiedzialne za realizację planu:

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

6. Podpis osoby wspieranej oraz osób odpowiedzialnych za realizację planu:

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

Część II Ewaluacja realizacji planu

1. Imię i nazwisko wspieranej osoby:

.....
.....

2. Skrócony opis realizowanego planu:

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

3. Czas realizacji planu:

.....
.....

4. Ocena realizacji planu:

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

5. Wnioski i zalecenia przydatne przy tworzeniu kolejnego planu:

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

7. Podpis osoby wspieranej oraz osób odpowiedzialnych za realizację planu:

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