



ANKIETA do programu PFRON

„Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”

Prosimy o wypełnienie ankiety, co przyspieszy i usprawni uzyskanie potrzebnych Ci informacji. Wypełnienie ankiety nie potrwa długo, a pomoże najlepiej dla Ciebie sformułować poradę. Jeżeli nie jesteś w stanie udzielić odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie to skontaktuj się z Oddziałem PFRON telefonicznie lub mailowo.

- ☐ Osoba z niepełnosprawnością (zorientowana co do tematu/przedmiotu porady)
- ☐ Osoba z niepełnosprawnością (niezorientowana co do tematu/przedmiotu porady)

I. Dane kontaktowe

1. Imię.....
2. Nazwisko.....
3. Nr telefon kontaktowego.....
(Musi mieć 9 cyfr)
4. Adres e-mail.....
(Musi być formatu na przykład: jan@kowalski.pl)
5. Województwo (Oddział PFRON, do którego kierowana jest ankieta)
.....

II. Dane osoby niepełnosprawnej

1. Imię.....
2. Nazwisko.....
3. Pesel
4. Czy pełnoletni:
☐ Tak
☐ Nie



5. Miejsce zamieszkania:

6. Rodzaj miejscowości:

☐ Miasto

☐ Wieś

7. Wykształcenie:

☐ Nie dotyczy

☐ Przedszkole

☐ Szkoła podstawowa

☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa

☐ Technikum

☐ Liceum

☐ Szkoła Policealna

☐ Kolegium

☐ Studia I stopnia

☐ Studia II stopnia

☐ Studia magisterski (jednolite)

☐ Studia podyplomowe

☐ Studia doktoranckie

☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)

☐ Szkoła doktorska

☐ Uczelnia zagraniczna

☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE



☐ Inne, jakie

8. Inny rodzaj wykształcenia:

.....

9. Sytuacja zawodowa:

☐ Nie dotyczy

☐ Nieaktywna/y zawodowo

☐ Bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

☐ Poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy
i niezatrudniona/y)

☐ Praktykant

☐ Zatrudniona/y

☐ Stażysta

☐ Wolontariusz

10. Czy istnieje potrzeba kompleksowej i specjalistycznej usługi doradczej w związku z uzyskaniem po raz pierwszy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności (nie wcześniej niż na dwa lata przed dniem zgłoszenia się w celu uzyskania usługi doradczej)?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

III. Stan prawny niepełnosprawności

☐ Osoba ubiegająca się o orzeczenie



1. Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:

☐ Tak

☐ Nie

2. Stopień niepełnosprawności:

☐ Znaczny

☐ Umiarkowany

☐ Lekki

☐ Nie dotyczy

3. Grupa inwalidzka:

☐ I grupa

☐ II grupa

☐ III grupa

☐ Nie dotyczy

4. Niezdolność do pracy:

☐ Całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

☐ Całkowita niezdolność do pracy

☐ Częściowa niezdolność do pracy

☐ Nie dotyczy

5. Rodzaj niepełnosprawności:



- ☐ 01-U upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P choroby psychiczne
- ☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - ☐ Osoba głucha
 - ☐ Osoba głuchoniema
- ☐ 04-O narząd wzroku
 - ☐ Osoba niewidoma
 - ☐ Osoba głuchoniewidoma
- ☐ 05-R narząd ruchu
 - ☐ Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - ☐ Dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 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
- ☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

6. Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:



☐ Tak

☐ Nie

7. Liczba przyczyn niepełnosprawności:

☐ 2 przyczyny

☐ 3 przyczyny niepełnosprawności

8. Kiedy po raz pierwszy orzeczona niepełnosprawność:

.....

9. Aktualny dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:

☐ Bezterminowo

☐ Okresowo

10. Data końca ważności dokumentu określającego stan prawny:

.....

IV. Aktywności

1. Czy będziesz ubiegać się o dofinansowanie zakupu sprzętu/urządzenia/usługi w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON?:

☐ Tak

☐ Nie

2. Wskaż aktywność, w ramach której zamierzasz wykorzystywać sprzęt/urządzenia/usługi dofinansowane w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON:

☐ Podjęcie zatrudnienia

☐ Ułatwienie wykonywanej pracy



- ☐ Podjęcie nauki
- ☐ Ułatwienie realizowanej nauki
- ☐ Podjęcie wolontariatu
- ☐ Ułatwienie realizowanego wolontariatu
- ☐ Uzyskanie samodzielności
- ☐ Poprawa samodzielności
- ☐ Umożliwienie uczestnictwa w sporcie, rekreacji lub turystyce
- ☐ Poprawa warunków uprawiania sportu, rekreacji lub turystyki
- ☐ Uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej – dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej przez osobę z niepełnosprawnością
- ☐ Uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej - refundacja składek ZUS, KRUS
- ☐ Uzyskanie informacji na temat zatrudnienia pracownika z niepełnosprawnością
- ☐ Uzyskanie informacji o projektach, w których beneficjentem mogłaby być OzN
- ☐ Uzyskanie informacji o organizacjach pozarządowych, które świadczą wsparcie dla OzN w Twojej lokalizacji
- ☐ Inna aktywność, jaka:

3. Opis innej aktywności:

.....



V. Dodatkowe pytania

1. Czy potrzebujesz wskazania dostępnych źródeł finansowania zakupu sprzętu pomagającego zmniejszać ograniczenia związane z Twoją niepełnosprawnością?

☐ Tak

☐ Nie

2. Czy odczuwasz potrzebę zwiększenia aktywności życiowej, samodzielności i zaradności osobistej przy użyciu technologii asystujących?

☐ Tak

☐ Nie

3. Czy miałeś/eś kiedyś sporządzany plan aktywizacji osoby niepełnosprawnej?

☐ Tak

☐ Nie

4. Czy obecnie poszukujesz pracy?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

5. Czy obecnie poszukujesz wolontariatu?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

6. Czy obecnie poszukujesz stażu?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy



7. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w życiu społecznym?

☐ Tak

☐ Nie

8. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w życiu zawodowym?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

9. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w edukacji?

☐ Tak

☐ Nie

10. Czy potrzebujesz wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności życia osobistego?

☐ Tak, istnieje potrzeba stałej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności

☐ Tak, istnieje potrzeba częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności

☐ Nie, te czynności wykonywane są samodzielnie

11. Czy potrzebujesz pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji społecznej?

☐ Tak

☐ Nie



12. Czy potrzebujesz pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji zawodowej?

☐ Tak

☐ Nie

13. Czy posiadasz wiedzę na temat rodzajów technologicznie zaawansowanych rozwiązań, służących zmniejszaniu barier i ograniczeń?

☐ Tak

☐ Nie

14. Czy wiesz jakie są zasady bezpiecznego użytkowania sprzętu, urządzenia albo poruszania się przy jego pomocy?

☐ Tak

☐ Nie

15. Czy chciał(a)byś podnieść swoją wiedzę, kompetencje sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ Tak

☐ Nie

Istnieje możliwość skorzystania z oferty Ośrodka Wsparcia i Testów – jeżeli jesteś zainteresowana/-y udziel odpowiedzi na kolejne pytanie.

Uwaga! Rodzaje niepełnosprawności aktualnie obsługiwane przez Ośrodek Wsparcia i Testów: dysfunkcja narządu wzroku w różnym nasileniu, dysfunkcja słuchu i problemy w komunikowaniu się za pomocą mowy oraz dysfunkcja obu kończyn górnych.

16. Czy jesteś zainteresowany/-a następującymi formami wsparcia dla Ciebie?

☐ Pomocą w doborze sprzętów, urządzeń, oprogramowania (technologii asystujących), umożliwiających likwidację lub ograniczenie barier (zgodnych z aktualnym potrzebami)



- ☐ Warsztatami z obsługi sprzętu, urządzeń, oprogramowania zaproponowanego do zaopatrzenia
- ☐ Wypożyczeniem sprzętów, urządzeń, oprogramowania w celu ich testowania w warunkach domowych

17. Czy potrzebujesz innej pomocy ze strony PFRON?

☐ Tak

☐ Nie

18. Opis innej pomocy:

.....
.....

VI. Kontakt

1. Preferowany sposób kontaktu:

☐ Rozmowa telefoniczna

☐ Kontakt bezpośredni - umówiona wizyta w siedzibie CIDON w Oddziale PFRON

☐ Korespondencja na wskazany adres e-mail

☐ Korespondencja na wskazany adres

2. Preferowany termin wizyty od:

.....

3. Preferowany termin wizyty do:

.....

4. Adres do korespondencji:

.....

5. O ile dotyczy dodatkowe wymagania w zakresie dostępności:

☐ Konieczność stosowania powiększonej czcionki w korespondencji



- ☐ W kontakcie bezpośrednim niezbędna obecność tłumacza języka migowego
- ☐ Inna potrzeba, jaka:

6. Opis innej potrzeby:

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety Wkrótce skontaktuje się z Tobą pracownik PFRON. Po omówieniu szczegółów, razem ustalimy w jaki sposób można pomóc. Usługi, które będą realizowane w ramach Twojego zgłoszenia są nieodpłatne.

VII. Oświadczenia i pouczenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- ☐ Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udostępnienie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych podanych w powyższej ankiecie właściwemu Ośrodkowi Wsparcia i Testów.

Informujemy, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na legalność przetwarzania przed jej cofnięciem.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez administratora, w tym o przysługujących Pani/Panu prawach, m. in. prawie do cofnięcia zgody, dostępne są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.

.....

.....

Data

Podpis