



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Karta funkcjonalna osoby z niepełnosprawnością Modelu Turystyki Wytchnieniowej (MTW)

I. Dane identyfikacyjne (wypełnia opiekun główny)

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia: PESEL:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy do opiekuna:

II. Orzeczenie o niepełnosprawności

1. Czy osoba, której dotyczy formularz, posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności? ☐ TAK / ☐ NIE
2. Jeśli zaznaczono „TAK”, proszę wskazać stopień niepełnosprawności (lub orzeczenie dla osób do 16 roku życia): ☐ znaczny / ☐ umiarkowany / ☐ lekki / ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (dziecko do 16 lat)
3. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? ☐ TAK / ☐ NIE.
4. Rodzaj / kod niepełnosprawności (można zaznaczyć więcej niż jedną opcję):
 - ☐ ruchowa (w tym narządu ruchu)
 - ☐ intelektualna
 - ☐ narządu wzroku
 - ☐ narządu słuchu i/lub mowy
 - ☐ spektrum autyzmu
 - ☐ choroba psychiczna / neurologiczna
 - ☐ inna (jaka?):

III. Funkcjonowanie ruchowe i poruszanie się

- W pomieszczeniach: ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą drugiej osoby / ☐ z pomocą sprzętu (kule, balkonik) / ☐ wózek inwalidzki
- Na zewnątrz (teren, spacer): ☐ samodzielnie / ☐ z asystą drugiej osoby / ☐ z pomocą sprzętu (kule, balkonik) / ☐ wózek inwalidzki



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- **Pokonywanie barier (schody, krawężniki):** ☐ samodzielnie / ☐ wymaga pełnego wsparcia/wciągania wózka

IV. Komunikacja

☐ komunikacja werbalna bez ograniczeń ☐ trudności w mowie (mowa niewyraźna, wymagająca cierpliwości) ☐ komunikacja wspomagana (gesty, piktogramy, tablice tematyczne) ☐ komunikacja alternatywna (AAC – syntezytor mowy, eye-tracker itp.) ☐ brak komunikacji werbalnej (osoba komunikuje się wyłącznie zachowaniem/emocjami)

V. Samoobsługa i codzienne czynności

- **Ubieranie się:** ☐ samodzielnie / ☐ częściowa pomoc (np. zapinanie guzików, butów) / ☐ pełna pomoc
- **Higiena osobista (myżenie, kąpiel):** ☐ samodzielnie / ☐ częściowa pomoc / ☐ pełna pomoc
- **Korzystanie z toalety:** ☐ samodzielnie / ☐ częściowa pomoc / ☐ pełna pomoc (w tym np. pieluchomajtki)
- **Spożywanie posiłków:** ☐ samodzielnie / ☐ wymaga nadzoru/krojenia potraw / ☐ wymaga karmienia

VI. Poziom wsparcia i asysty

- **Czy uczestnik wymaga stałej obecności (24/7) opiekuna lub asystenta?** ☐ TAK / ☐ NIE
- **Czy uczestnik akceptuje obecność i pomoc nowych, nieznanych wcześniej asystentów?** ☐ TAK / ☐ TAK, ale wymaga czasu na adaptację / ☐ NIE

VII. Zdrowie i bezpieczeństwo

Alergie (pokarmowe, kontaktowe, na leki):

☐ brak / ☐ tak (jakie?):

Choroby istotne dla bezpieczeństwa (np. epilepsja, cukrzyca, choroby serca):

☐ brak / ☐ tak (jakie?):

(W przypadku epilepsji podaj częstotliwość i rodzaj napadów):

Leki przyjmowane na stałe:

☐ brak / ☐ tak (nazwy leków i pory podawania):

Czy uczestnik przyjmuje leki samodzielnie?

☐ tak / ☐ wymaga podania/dopilnowania przez asystenta



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



VIII. Dieta i preferencje żywieniowe

☐ standardowa ☐ bezglutenowa ☐ bezlaktozowa / bezmleczna ☐ cukrzycowa ☐ wegetariańska /
wegańska ☐ miksowana / papkowata (trudności z połykaniem) ☐ inne modyfikacje:

.....

IX. Zachowania i emocje

1. **Czy występują zachowania trudne lub nietypowe reakcje lękowe?** ☐ NIE ☐ TAK (np. ucieczki, autoagresja, agresja słowna/fizyczna, silny lęk przed zmianą miejsca):

.....

2. **Co pomaga wyciszyć uczestnika w trudnym momencie?** (np. muzyka, chwila samotności, konkretny przedmiot):

.....

X. Wrażliwość sensoryczna (czynniki wywołujące dyskomfort lub przebodźcowanie)

☐ brak nadwrażliwości ☐ głośne dźwięki / hałas ☐ mocne lub błyskające światło ☐ dotyk (niechęć do kontaktu fizycznego, konkretnych faktur ubrań) ☐ intensywne zapachy ☐ tłum / duże skupiska ludzi ☐

inne:

XI. OŚWIADCZENIE OPIEKUNA GŁÓWNEGO

Oświadczam, że informacje zawarte w Karcie Funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i odzwierciedlają aktualny stan funkcjonowania osoby pozostającej pod moją opieką.

Data: Podpis opiekuna:

XII. Weryfikacja formalna (wypełnia pracownik/koordynator programu)

- **Imię i nazwisko pracownika:**

- **Decyzja/Uwagi:**

- **Data weryfikacji:** **Podpis pracownika:**