

DO MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MYSŁOWICACH

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do mojej osoby orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

1.		Odpowiedniego zatrudnienia
2.		Szkolenia (w tym specjalistycznego)
3.		Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4.		Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
5.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
6.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym
8.		Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (np.: zasiłek stały / okresowy)
9.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
10.		Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
11.		Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dot. tzw.: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”)
12.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (należy wpisać jakie):

CEL PODSTAWOWY (WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH): cel numer (od 1 do 13):

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Stan cywilny (proszę wstawić wyłącznie jeden znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

kawaler / panna	
żonaty / zamężna	
wdowiec / wdowa	
rozwódziona / rozwiedziony	
separowany / separowana	

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce w każdym z wierszy):

Czynności	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
Poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)			

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Wykształcenie (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce):

podstawowe nieukończone	
podstawowe	
zasadnicze	
średnie	
wyższe	

Zawód wyuczony:

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: znak: „☒”): TAK NIE

Zawód (obecnie) wykonywany:

OŚWIADCZAM, ŻE (W przypadku pola: właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: „☒”):

- Nie pobieram / Pobieram:
 świadczenie rentowe: (Należy wskazać nazwę pobieranego świadczenia:)
 emeryturę.
- Mogę (tzn.: samodzielnie lub w towarzystwie osoby drugiej) / nie mogę - przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nierokującej poprawy choroby).

3. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach wzywa do jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. **Zobowiązuje się powiadomić** - Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Mysłowicach o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a** iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
5. **Dane** zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
podpis osoby zainteresowanej⁷
i/lub przedstawiciela ustawowego⁸

**DO WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY
DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (*potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych*), wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU.**
 2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (*np.: historia choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych*) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (*kserokopie / skan*) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia niewierzytelnionych kopii – należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem.
 3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (*np.: orzeczenia organów rentowych*).
-
4. **W PRZYPADKU ZŁOŻENIA WNIOSKU PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.
 5. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ** – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (*lub przedstawiciela ustawowego*), której wniosek dotyczy.
 6. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.

GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ
(ul. Brzezińska 21,41-400 Mysłowice):

PONIEDZIAŁEK	9:00-17:00
WTOREK	8:30-14:00
ŚRODA	8:30-14:00
CZWARTEK	8:30-14:00
PIĄTEK	8:30-13:30

Numer telefonu Miejskiego Zespołu do Spraw
Orzekania
o Niepełnosprawności w Mysłowicach

(32) 223 85 85

W CZASIE PRACY KOMISJI WNIOSKÓW NIE PRZYJMUJEMY.

⁷ W przypadku niemożności złożenia podpisu – pracownik przyjmujący wniosek pisze informację dotyczącą przyczyny niezłożenia podpisu.

⁸ W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich (*które ukończyły lat 16*) – reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego – ze względu na konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego tej osoby.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych klientów jest Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Brzezińskiej 21, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach;
- W MZON w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych – Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonych wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulgi uprawnień osób posiadających orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 i 62 ustawy, zwane dalej „orzeczeniami o wskazaniach do ulg i uprawnień” , na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz art. 6b ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2018r poz. 511 z póź. zm.);
- Dane osobowe będą przekazywane następującym podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych: Członkom Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności;
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. dokumenty dotyczące orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności przez 50 lat, natomiast dokumentacja dotycząca legitymacji dla osób niepełnosprawnych przez 5 lat;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Po zapoznaniu się z informacją dot. przetwarzania danych osobowych jak wyżej, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących dane osobowe przekazane w celu rozpoznania wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /wskazaniach do ulg i uprawnień.

Mysłowice, dnia

Podpis

Załącznik nr 2

**Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!**

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dokumentu tożsamości PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja :

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie :

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu) :

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia :

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest * :

- zdolny/a
- zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej
- trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu- **należy wypełnić zaświadczenie lekarskie poniżej**

.....
pieczętka i podpis lekarza

*- niepotrzebne skreślić

**Zaświadczenie lekarskie
wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku trwałej niezdolności przybycia pacjenta na
posiedzenie składu orzekającego**

Stwierdza się, że Pan/Pani..... nr PESEL.....
jest trwale niezdolny/a do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu:

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

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza wystawiającego)

Kwestionariusz do oceny sytuacji socjalno-społecznej Osoby ubiegającej się o orzeczenie stopnia niepełnosprawności

W celu uzupełnienia dokumentacji prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana/i sytuacji społecznej. Wypełniony kwestionariusz należy dostarczyć do Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach ul. Brzezińska 21 najpóźniej do dnia komisji.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....
Adres pobytu i/lub zamieszkania.....
Stan cywilny..... Data urodzenia.....

Sytuacja rodzinna:

Czy ma Pan/i dzieci? a) tak b) nie

Jeśli tak to w jakim wieku?.....

Z kim Pan/i mieszka (proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające i zaznaczyć jaki jest z nimi stopień pokrewieństwa)?
.....

Sytuacja mieszkaniowa:

Czy mieszka Pan/i w:

Blok	
Kamienica	
Dom jednorodzinny	
Inne...	.....

Ile jest pokoi (nie licząc kuchni)?.....

Na którym piętrze znajduje się mieszkanie?.....

Czy w budynku znajduje się winda? a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajdują się:

	tak	nie
Łazienka		
WC		
Kuchnia		
Bieżąca woda		

Jaki jest rodzaj ogrzewania mieszkania?.....

Czy mieszkanie dostosowane jest do Pana/i niepełnosprawności? Jeśli nie to jakie zmiany byłyby potrzebne wg Pana/i?.....

Źródło utrzymania i sytuacja materialna:

Z czego utrzymuje się Pan/i i osoby z Panem/nią zamieszkujące (wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, inne źródła)?.....

Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji:

Poniżej będą wymienione niektóre czynności życia codziennego. Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/i sytuację (możliwości).

- **Wykonywanie podstawowych czynności związanych z utrzymywaniem higieny osobistej takich jak mycie przy umywalce/miednicy, toaleta jamy ustnej, czesanie się:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Mycie głowy, obcinanie paznokci u rąk i nóg, korzystanie z prysznica:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Kąpanie się ze szczególnym uwzględnieniem wchodzenia i wychodzenia z wanny:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Spożywanie posiłków**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Czy kontroluje Pan/i czynności fizjologiczne?**

Tak	
Nie	
Miejsce na dodatkowy opis	.....

Charakterystyka zdolności do poruszania się:

Proszę zaznaczyć odpowiednie opisy charakteryzujące Pana/nią w tym zakresie.

▪ **Poruszanie po mieszkaniu**

Samodzielnie	
Samodzielnie przy pomocy np. laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne, jakie?....	
Tylko przy pomocy innej osoby (osób)	
W ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu, jestem osobą leżącą	

▪ **Czy wychodzi Pan/i sama z domu?**

Samodzielnie	
Samodzielnie przy pomocy np. laski, kul, itp	
Samodzielnie, ale w towarzystwie innej osoby/osób	
Przy pomocy sprzętu (np. wózek inwalidzki i w towarzystwie innej osoby/osób	
W ogóle nie opuszczam mieszkania	
(dodatkowy opis)	.....

Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego:

Proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/i sytuację.

▪ **Przygotowywanie prostych posiłków (np. śniadanie), zmywanie, codzienne sprzątanie**

Wykonuję samodzielnie, ale z trudnością	
Korzystam z częściowej pomocy innej osoby	
Ktoś inny wykonuje za mnie te czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Wykonywanie generalnych porządków w domu**

Wykonuję samodzielnie, ale z trudnością	
Korzystam z częściowej pomocy innej osoby	
Ktoś inny wykonuje za mnie te czynności	
(dodatkowy opis)	.....

▪ **Robienie zakupów**

Samodzielnie	
Samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby	
Wyłącza mnie w tym inna osoba	
(dodatkowy opis)	.....

Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi:

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć wszystkie te, które występują w Pana/i codziennym życiu.

▪ **Mam kłopoty ze słuchem:**

Tak	
Nie	
(dodatkowy opis np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.)	.....

▪ **Mam kłopoty z mówieniem:**

Tak	
Nie	
Jeśli tak to jakie?	.....

▪ **Mam kłopoty z rozumieniem innych osób**

Tak	
Nie	
Miejsce na dodatkowy opis, np. nie rozumiem poleceń	.....

- **Mam kłopoty z pamięcią** – jeśli tak, to na czym one polegają (np. o czym zapominam)
 (miejsce na dodatkowy opis)

Charakterystyka sprawności narządu wzroku:

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te, które dotyczą Pana/i.

▪ **Czytam/piszę:**

Bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Bez trudności, ale przy pomocy okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Posługuję się językiem brajla	
Nie jestem w stanie czytać i pisać nawet korzystając z pomocy sprzętu dla osób słabo widzących oraz nie posługuję się językiem brajla	
Inne- widzę dobrze, ale nie czytam i nie piszę z innych przyczyn-jakich? (np. ze względu na upośledzenie psychiczne, braki w wykształceniu.....)	.....

Charakterystyka zdolności do udzielania wsparcia przez środowisko społeczne, instytucje.

- **Czy korzysta Pan/i z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej?)**

Tak	
Nie	
Jeśli tak to kto udziela pomocy	.....

- **Jaki jest to rodzaj pomocy**

Finansowa	
Żywnościowa	
Usługowa	
Rzeczowa	
Inna	.....

- **Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc?**

Tak	
Nie	
Jeśli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać	.....

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy lub
osoby składającej wniosek w imieniu wnioskodawcy

SZCZEGÓŁOWA OCENA FUNKCJONOWANIA OSOBY BADANEJ W SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

dotyczy nie dotyczy ze względu na rodzaj schorzenia

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przelić, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

.....
data, pieczęć, podpis lekarza

* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów