

КАРТА
визначення (оцінювання) індивідуальних потреб особи в наданні
соціальної послуги перекладу жестовою мовою

_____	_____
(повне найменування організації)	(дата заповнення)

I. Відомості про отримувача соціальної послуги

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

Дата народження _____

Місце проживання, телефон _____

Стать: чоловіча жіноча

Правовий статус: дієздатна обмежено дієздатна недієздатна

Наявність групи інвалідності: має інвалідність _____ (вказати групу) немає інвалідності

Наявність технічних засобів реабілітації:

слуховий апарат мобільний телефон (смартфон) планшет не має

Рівень володіння жестовою мовою: володіє частково володіє

II. Сім'я та оточення

Сімейний стан: одружений(а) неодружений(а) розлучений(а) вдівець/ вдова

Найближче оточення: проживає з неповнолітніми дітьми проживає з батьками/ родичами

проживає самотньо чи одиноко.

Наявність в найближчому оточенні осіб, які можуть допомогти з перекладом жестовою мовою: так ні

III. Види перекладу

індивідуально з особистою участю перекладача жестової мови;

дистанційно з використанням засобів відеозв'язку;

переклад жестовою мовою для групи осіб тривалих виступів;

Якою словесною мовою (-ами) володіє _____

IV. Оцінка потреби отримувача в соціальній послугі перекладу жестовою мовою

1. Ступінь індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги визначається на підставі оцінки потреби отримувача у послугі перекладу жестовою мовою:

Таблиця 1

Шкала оцінки потреби отримувача у послугі перекладу жестовою мовою

№ з/п	Категорій	Показник*	Кількість балів
1	Рівень володіння жестовою мовою	володіє	5
		частково володіє	8
2	Наявність технічних засобів реабілітації	слуховий апарат	1

		мобільний телефон (смартфон), планшет	2
		не має	3
3	Як часто користуєтеся допомогою перекладача жестової мови	кілька разів на місяць або рідше	2
		1 - 2 рази на тиждень	3
		частіше	4
4	Можливість самостійно (без сторонньої допомоги) визначати місцезнаходження необхідного об'єкта	може	0
		може частково	1
		ні	2
5	Можливість самостійно (без перекладу жестовою мовою) здійснювати щоденні покупки	може	0
		може частково	1
		ні	2
6	Можливість самостійно (без перекладу жестовою мовою) вирішувати соціально-побутові питання	може	0
		може частково	1
		ні	2
7	Чи звертаєтесь ви за допомогою при відвідуванні органів державної влади та місцевого самоврядування, установ, організацій і закладів?	так	2
		ні	1
8	Якщо звертаєтесь за допомогою, хто її надає	рідні/друзі/знайомі	2
		перекладач жестової мови	3
9	Найближче оточення	проживає з неповнолітніми дітьми	6
		проживає з батьками/родичами, дружиною/чоловіком	2
		проживає самотньо чи самотньо	4
10	Наявність у найближчому оточенні осіб, які можуть допомогти з перекладом жестовою мовою	так	1
		ні	2
11	Переклад жестовою мовою під час відвідування органів державної влади та місцевого самоврядування	Кілька разів на тиждень і частіше	5
		Кілька разів на місяць	3
		1 раз на місяць або рідше	2
		Не потребує	0
12	Переклад жестовою мовою під час відвідування закладів, установ, організацій	Кілька разів на тиждень і частіше	5
		Кілька разів на місяць	3
		1 раз на місяць або рідше	2
		Не потребує	0
13	Переклад жестовою мовою при купівлі товарів, робіт і послуг	Кілька разів на тиждень і частіше	5
		Кілька разів на місяць	3
		1 раз на місяць або рідше	2
		Не потребує	0
14	Переклад жестовою мовою при відвідуванні нечуючими батьками закладів освіти, в яких навчаються їхні діти	Кілька разів на тиждень і частіше	5
		Кілька разів на місяць	3
		1 раз на місяць або рідше	2
		Не потребує	0

2. Визначення потреби отримувача у соціальній послугі перекладу жестовою мовою здійснюється за допомогою анкетування, яке проводиться з використанням шкали оцінки з метою визначення:

- залежності від словесної сторонньої допомоги;
- можливості самостійно задовольняти свої основні життєві потреби;
- обсягу послуги перекладу жестовою мовою.

3. Ступінь залежності отримувача соціальної послуги від сторонньої допомоги визначається оптимальним для конкретної ситуації методом: шляхом опитування отримувача соціальної послуги, членів його сім'ї, законних представників, надавача соціальної послуги.

4. При застосуванні зазначених шкал обрані відповіді на питання повинні відображати реальний стан отримувача соціальної послуги. Оцінка проводиться на підставі інформації за попередні 24 - 48 годин (у разі потреби оцінка проводиться за довший період часу).

5. Шкала оцінки потреби у послугі перекладу жестовою мовою визначає повсякденну життєдіяльність людини за допомогою 14 критеріїв, що стосуються можливості самостійно вирішувати питання особистого характеру, у тому числі при відвідуванні установ, закладів та організацій (таблиця 1). Оцінка потреби у послугі перекладу жестовою мовою здійснюється за сумою балів, визначених для кожного отримувача такої соціальної послуги за кожним критерієм цієї шкали. Мінімальний результат становить 10 балів (таблиця 2).

Таблиця 2

№ з/п	Ступінь індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги	Характеристика ступенів індивідуальної потреби**
1	Високий	37 і більше балів. Особа з повною або значною втратою слуху, досить часто (1 раз на тиждень і частіше) звертається за допомогою перекладача жестової мови, має низьку здатність до самостійного (без сторонньої допомоги) орієнтування та/або вирішення соціально-побутових питань. Не має в своєму оточенні осіб, які можуть допомогти спілкуючись жестовою мовою. Прогнозується часте звернення за послугою (частіше 2 разів на тиждень).
		37 і більше балів. Особа з повною або значною втратою слуху, досить часто (1 раз на тиждень і частіше) звертається за допомогою перекладача жестової мови, має низьку здатність до самостійного (без сторонньої допомоги) орієнтування та/або вирішення соціально-побутових питань. Не має в своєму оточенні осіб, які можуть допомогти, спілкуючись жестовою мовою. Прогнозується часте звернення за послугою (частіше 2 разів на тиждень).
2	Помірний	19 - 36 бали. Особа зі значною або частковою втратою слуху, періодично (кілька разів на місяць) звертається за допомогою перекладача жестової мови, здатна до самостійного (без сторонньої допомоги) орієнтування, частково може вирішувати соціально-побутових питань. Активно використовує технічні засоби реабілітації. Користується допомогою осіб зі свого оточення, знайомих, друзів, які спілкуються жестовою мовою. Прогнозується періодичне звернення за послугою (кілька разів на місяць, але не частіше одного разу на тиждень).
3	Низький	10 - 18 балів. Особа зі значною або частковою втратою слуху, періодично (кілька разів на місяць або рідше) звертається за допомогою перекладача жестової мови, здатна до самостійного (без сторонньої допомоги) орієнтування та вирішення особистих проблем. Користується слуховим апаратом та технічними засобами реабілітації, застосовує їх для встановлення контакту та самостійного

		<p>вирішення соціально-побутових питань, орієнтування в просторі тощо.</p> <p>При труднощах користується допомогою осіб зі свого оточення, знайомих, друзів, які спілкуються жестовою мовою. Інколи звертається за допомогою перекладача жестової мови.</p> <p>Прогнозується періодичне звернення за послугою (кілька разів на місяць або рідше).</p>
--	--	---

* У разі якщо за однією категорією ставиться відмітка за декількома показниками - бали сумуються.

** Результати оцінювання зазначаються у висновку Карти визначення (оцінювання) індивідуальних потреб особи в наданні соціальної послуги фізичного супроводу та застосовуються за таким принципом: у разі низького ступеня (від 10 до 18 балів) - обсяг послуги фізичного супроводу становить не більше 10 годин на тиждень;

у разі помірною ступеня (від 19 до 36 балів) - обсяг послуги фізичного супроводу становить не більше 15 годин на тиждень;

у разі високого ступеня (від 37 балів і більше) - обсяг послуги фізичного супроводу становить не більше 20 годин на тиждень.

При цьому обсяг послуги перекладу жестовою мовою не може перевищувати 4 години на день на 1 отримувача такої послуги.

V. Висновки

За результатами оцінки потреби отримувача у соціальній послугі перекладу жестовою мовою визначено, що особа з інвалідністю з порушеннями слуху має (необхідне підкреслити):

- Низький ступінь;
- Помірний ступінь;
- Високий ступінь.

За уніфікованою оцінкою нараховано усього _____ балів, отримувач потребує в середньому _____ годин соціальної послуги перекладу жестовою мовою на тиждень.

Підпис працівника, який визначав індивідуальні потреби

_____ (підпис)

_____ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Одержувач соціальної послуги

_____ (підпис)

_____ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник надавача соціальної послуги перекладу жестовою мовою

_____ (підпис)

_____ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Примітка. Карта визначення індивідуальних потреб отримувача соціальних послуг перекладу жестовою мовою заповнюється на підставі даних опитування, спостереження, ступеня індивідуальної потреби отримувача