

Proszę przeczytać uważnie poniższe treści i wstawić X w okienku odpowiednim do swojej aktualnej sytuacji :

UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE - OCENA PRACOWNIKA	
1-2 <input type="checkbox"/>	Nie potrafi nic robić. Nie radzi sobie z niczym. Nie potrafi wykonać podstawowych czynności dnia codziennego ( pranie, gotowanie, zakupy, higiena osobista) Nie potrzebuje tego robić.
3-4 <input type="checkbox"/>	Rzadko dostaje wsparcie od innych przy wykonywaniu podstawowych czynnościach dnia codziennego. Rzadko pierze , sprząta, myje się. Zdarza się, że przez dłuższy okres czasu nic nie robi.
5-6 <input type="checkbox"/>	Czasami potrzebuje wsparcia od innych przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Stara się wszystko robić samodzielnie. Wie, że powinien robić wszystko sam, się , ale czasami mu nie wychodzi.
7-8 <input type="checkbox"/>	Często wykonuje wszystkie czynności dnia codziennego sam. Wiem gdzie się może zgłosić o pomoc w razie trudności. Korzysta ze szkoleń treningowych , podnosi swoje umiejętności.
9-10 <input type="checkbox"/>	Jest całkowicie samodzielny. Nie potrzebuje wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Wie co ma robić . W razie potrzeby wie do kogo się zwrócić. Nie potrzebuje wsparcia od innych.