



PENGADILAN NEGERI.....
Jalan,,
Telp. (....., Fax.

**LEMBAR PENILAIAN PERSONAL
PENYANDANG DISABILITAS YANG BERHADAPAN HUKUM
DALAM PERKARA PIDANA**

I. IDENTITAS

JENIS PERKARA						
NOMOR PERKARA						
NAMA				JENIS KELAMIN :		
STATUS (Beri tanda V pada kolom yang sesuai)	KORBAN	TERDAKWA	SAKSI	SAKSI AHLI	ADVOKAT	PENDAMPING
UMUR	UMUR KALENDER		UMUR MENTAL (*hanya diisi jika umur kalender berbeda dengan umur biologis, Ini menggunakan dasar dari psikolog)			

STATUS PERKAWINAN	KAWIN / TIDAK KAWIN/CERAI (* coret yang tidak perlu)
ALAMAT KTP	
ALAMAT DOMISILI	
NOMOR KONTAK	

II. DAFTAR PERTANYAAN

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
DISABILITAS FISIK		
1	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam berjalan/bergerak (mobilitas)?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. Tidak bisa berjalan/bergerak sama sekali
2	Apakah anda memerlukan alat bantu berjalan/bergerak (mobilitas)	a. Kruck b. Walker c. Kursi roda d. Canadian e. Papan skateboard f. Bambu/kayu g. Kaki palsu h. Tangan palsu

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
DISABILITAS INTELEKTUAL		
3	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengingat atau konsentrasi?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. sangat sulit berkonsentrasi
DISABILITAS MENTAL		
4	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengurus diri sendiri (misalnya dalam membersihkan diri atau berpakaian)?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. Tidak bisa mengurus diri sendiri sama sekali
DISABILITAS SENSORIK NETRA		
5	Apakah anda mengalami kesulitan melihat walaupun sudah memakai kacamata?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. Tidak bisa sama sekali

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
6	Apakah anda kesulitan melihat tulisan dengan latarbelakang kontras tinggi untuk membaca?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. Tidak bisa melihat tulisan meskipun sudah kontras
7	Apakah penglihatan Anda sensitif terhadap cahaya yang terang/kontras?	a. Ya – sedikit b. Ya – banyak c. Sangat sensitive terhadap cahaya terang/kontras
8	Apakah anda kesulitan melihat tulisan dengan huruf tebal	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Tidak bisa melihat tulisan huruf tebal

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
9	Apakah anda memerlukan alat bantu agar bisa melihat lebih jelas	a. Ya b. Tidak Jika iya, alat bantu yang dibutuhkan: 1. Loops/kaca pembesar 2. Alat bantu yang dapat mengeluarkan suara 3. Mengubah pengaturan font di alat elektronik 4. Buat jalur navigasi dengan warna yang kontras 5. menggunakan alat tulis dengan warna mencolok 6. Alat pembesar video yang memiliki kamera yang akan terhubung dengan layar
DISABILITAS SENSORIK TULI DAN WICARA		
11	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mendengar – bahkan ketika sudah menggunakan alat bantu dengar?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. sangat sulig mendengar suara
12	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam berkomunikasi/berbicara, misalnya untuk mengerti atau dapat dimengerti oleh orang lain?	a. Tidak mengalami kesulitan b. Ya – sedikit c. Ya – banyak d. Sangat kesulitan untuk berbicara

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
13	Apakah Anda membutuhkan bantuan penerjemah?	a. Penerjemah Bahasa Daerah b. Penerjemah Bahasa Indonesia c. Penerjemah Bahasa Inggris d. Penerjemah Bahasa Isyarat
14	Apakah anda membutuhkan alat bantu lain untuk memahami percakapan selain penterjemah?	a. Ya b. Tidak Jika ya, apa yang dibutuhkan: a. Notulensi b. Layar monitor c. Alat bantu dengar d. Alat tulis
KEBUTUHAN TERHADAP PENDAMPING		
15	Apakah Anda membutuhkan bantuan pendamping?	a. Ya b. Tidak

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
16	Siapakah orang yang membuat anda nyaman untuk menemani/mendampingi dalam proses hukum yang anda hadapi	a. Teman/sahabat b. Orang tua c. Keluarga lain (kakak/adik/kakek/nenek dll) d. Guru e. pekerja sosial f. paralegal g. lainnya
17	Jika ya, siapa yang anda harapkan mendampingi?	a. Pendamping disabilitas/lembaga layanan b. Advokat c. Pekerja Sosial d. Paralegal
18	Apakah anda memerlukan nasihat ahli	a. Ya b. Tidak Jika iya, siapa? a. ahli hukum b. Psikolog c. Psikiater d. Dokter e. Ahli lainnya

NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)	KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
19	Rekomendasi Ahli	
20	Kebutuhan Lainnya	
20	Rekomendasi bagi: a. Bagian Administrasi, b. Hakim. c. Panitera, d. Pendamping disabilitas, e. Advokat/pengacara	(Mohon diuraikan mengenai kebutuhan layanan dan sarana prasarana, alat bantu disabilitas, orang atau asisten pendukung bagi penyandang disabilitas dan dukungan lainnya. Kebutuhan dapat dilihat dalam bagian panduan)

III. Pihak yang melakukan penilaian:

Nama :

Jabatan :

Tanggal Penilaian :