

## F. LEMBAR PENILAIAN PERSONAL



### PENGADILAN AGAMA MASAMBA

Jalan Simpursiang No.- Masamba, Luwu Utara

Telp. (0473) 21626, Fax. (0473) 21821

#### LEMBAR PENILAIAN PERSONAL ENYANDANG DISABILITAS YANG BERHADAPAN HUKUM DALAM PERKARA PERDATA

##### I. IDENTITAS

|  |               |          |           |  |       |                 |         |            |
|--|---------------|----------|-----------|--|-------|-----------------|---------|------------|
| JENIS PERKARA                                |               |          |           |  |       |                 |         |            |
| NOMOR PERKARA                                |               |          |           |  |       |                 |         |            |
| NAMA   |               |          |           |  |       | JENIS KELAMIN : |         |            |
| STATUS (Beri tanda V pada kolom yang sesuai) | PEMOHON       | TERMOHON | PENGGUGAT | TERGUGAT   | SAKSI | SAKSI AHLI      | ADVOKAT | PENDAMPING |
|  |               |          |           |  |       |                 |         |            |
| UMUR   | UMUR KALENDER |          |           | UMUR MENTAL ( <b>*hanya diisi jika umur kalender berbeda dengan umur biologis, Ini menggunakan dasar dari psikolog</b> ) |       |                 |         |            |
|  |               |          |           |  |       |                 |         |            |

|                   |  |
|-------------------|--|
| STATUS PERKAWINAN | KAWIN / TIDAK KAWIN/CERAI (* <b>coret yang tidak perlu</b> ) |
| ALAMAT KTP        |  |
| ALAMAT DOMISILI   |  |
| NOMOR KONTAK      |  |

**II. DAFTAR PERTANYAAN**

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

| NO                                | PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)                          | KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS  |
|-----------------------------------|---|--|
| <b>DISABILITAS INTELEKTUAL</b>    |   |  |
| 3                                 | Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengingat atau konsentrasi?   | a. Tidak mengalami kesulitan<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>d. sangat sulit berkonsentrasi                  |
| <b>DISABILITAS MENTAL</b>         |   |  |
| 4                                 | Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengurus diri sendiri (misalnya dalam membersihkan diri atau berpakaian)? | a. Tidak mengalami kesulitan<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>d. Tidak bisa mengurus diri sendiri sama sekali |
| <b>DISABILITAS SENSORIK NETRA</b> |   |  |
| 5                                 | Apakah anda mengalami kesulitan melihat walaupun sudah memakai kacamata?  | a. Tidak mengalami kesulitan<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>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<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>d. Tidak bisa melihat tulisan meskipun sudah kontras |
| 7  | Apakah penglihatan Anda sensitif terhadap cahaya yang terang/kontras?                    | a. Ya – sedikit<br>b. Ya – banyak<br>c. Sangat sensitive terhadap cahaya terang/kontras                                   |
| 8  | Apakah anda kesulitan melihat tulisan dengan huruf tebal                                 | a. Tidak mengalami kesulitan<br>b. Ya – sedikit<br>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<br>b. Tidak<br>Jika iya, alat bantu yang dibutuhkan:<br>1. Loops/kaca pembesar<br>2. Alat bantu yang dapat mengeluarkan suara<br>3. Mengubah pengaturan font di alat elektronik<br>4. Buat jalur navigasi dengan warna yang kontras<br>5. menggunakan alat tulis dengan warna mencolok<br>6. Alat pembesar video yang memiliki kamera yang akan terhubung dengan layar |
| <b>DISABILITAS SENSORIK TULI DAN WICARA</b> |   |  |
| 11  | Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mendengar – bahkan ketika sudah menggunakan alat bantu dengar?                          | a. Tidak mengalami kesulitan<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>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<br>b. Ya – sedikit<br>c. Ya – banyak<br>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<br>b. Penerjemah Bahasa Indonesia<br>c. Penerjemah Bahasa Inggris<br>d. Penerjemah Bahasa Isyarat   |
| 14                                   | Apakah anda membutuhkan alat bantu lain untuk memahami percakapan selain penerjemah?   | a. Ya<br>b. Tidak<br>Jika ya, apa yang dibutuhkan:<br>a. Notulensi<br>b. Layar monitor<br>c. Alat bantu dengar<br>d. Alat tulis |
| <b>KEBUTUHAN TERHADAP PENDAMPING</b> |  |   |
| 15                                   | Apakah Anda membutuhkan bantuan pendamping?  | a. Ya<br>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<br>b. Orang tua<br>c. Keluarga lain (kakak/adik/kakek/nenek dll)<br>d. Guru<br>e. pekerja sosial<br>f. paralegal<br>g. lainnya |
| 17 | Jika ya, siapa yang anda harapkan mendampingi?   | a. Pendamping disabilitas/lembaga layanan<br>b. Advokat<br>c. Pekerja Sosial<br>d. Paralegal  |
| 18 | Apakah anda memerlukan nasihat ahli  | a. Ya<br>b. Tidak<br>Jika iya, siapa?<br>a. ahli hukum<br>b. Psikolog<br>c. Psikiater<br>d. Dokter<br>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:<br>a. Bagian Administrasi,<br>b. Hakim.<br>c. Panitera,<br>d. Pendamping disabilitas,<br>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 :