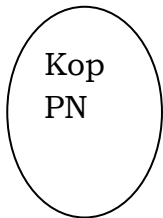


A. Formulir Identifikasi Awal

1. Identifikasi Awal Perdata



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

**LEMBAR IDENTIFIKASI AWAL
PENYANDANG DISABILITAS YANG BERHADAPAN DENGAN 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 (* 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		
10	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	



11	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	
12	Apakah Anda membutuhkan bantuan penerjemah?	a. Penerjemah Bahasa Daerah b. Penerjemah Bahasa Indonesia c. Penerjemah Bahasa Inggris d. Penerjemah Bahasa Isyarat	
13	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			
14	Apakah Anda membutuhkan bantuan pendamping?	a. Ya b. Tidak	
NO	PERTANYAAN (PENGISIAN DISESUAIKAN DENGAN KONDISI DAN KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS)		KETERANGAN / KEBUTUHAN PENYANDANG DISABILITAS
15	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	
16	Jika ya, siapa yang anda harapkan mendampingi?	a. Pendamping disabilitas/lembaga layanan b. Advokat c. Pekerja Sosial d. Paralegal	



17	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
18	Kebutuhan Lainnya		



19	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 Identifikasi Awal:

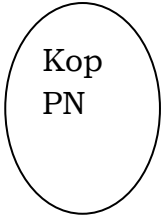
Nama :

Jabatan :

Tanggal Identifikasi Awal :



2. Identifikasi Awal Pidana



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

LEMBAR IDENTIFIKASI AWAL
PENYANDANG DISABILITAS YANG BERHADAPAN DENGAN 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)	i. Kruck j. Walker k. Kursi roda l. Canadian m. Papan skateboard n. Bambu/kayu o. Kaki palsu p. 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?	e. Tidak mengalami kesulitan f. Ya – sedikit g. Ya – banyak h. 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?	e. Tidak mengalami kesulitan f. Ya – sedikit g. Ya – banyak h. Tidak bisa melihat tulisan meskipun sudah kontras	
7	Apakah penglihatan Anda sensitif terhadap cahaya yang terang/kontras?	d. Ya – sedikit e. Ya – banyak f. 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	c. Ya d. Tidak Jika iya, alat bantu yang dibutuhkan: 7. Loops/kaca pembesar 8. Alat bantu yang dapat mengeluarkan suara 9. Mengubah pengaturan font di alat elektronik 10. Buat jalur navigasi dengan warna yang kontras 11. menggunakan alat tulis dengan warna mencolok 12. Alat pembesar video yang memiliki kamera yang akan terhubung dengan layar	
	DISABILITAS SENSORIK TULI DAN WICARA		
10	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 sulit mendengar suara	



11	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
12	Apakah Anda membutuhkan bantuan penerjemah?	a. Penerjemah Bahasa Daerah b. Penerjemah Bahasa Indonesia c. Penerjemah Bahasa Inggris d. Penerjemah Bahasa Isyarat	
13	Apakah anda membutuhkan alat bantu lain untuk memahami percakapan selain penterjemah?	c. Ya d. Tidak Jika ya, apa yang dibutuhkan: e. Notulensi f. Layar monitor g. Alat bantu dengar h. Alat tulis	

