



PENGADILAN NEGERI LUBUK SIKAPING KELAS II
JALAN JEND. SUDIRMAN NO.64 TELP.(0753) 20008-20163 LUBUK SIKAPING 26311
website pn-lubuksikaping.go.id email pnlbsikaping@gmail.com

**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? | <ul style="list-style-type: none"> 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? | <ul style="list-style-type: none"> a. Ya – sedikit b. Ya – banyak c. Sangat sensitive terhadap cahaya terang/kontras | |
| 8 | Apakah anda kesulitan melihat tulisan dengan huruf tebal | <ul style="list-style-type: none"> 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? | <ul style="list-style-type: none"> 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? | <ul style="list-style-type: none"> a. Ya b. Tidak <p>Jika ya, apa yang dibutuhkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Notulensi b. Layar monitor c. Alat bantu dengar d. Alat tulis | |
| KEBUTUHAN TERHADAP PENDAMPING | | | |
| 15 | Apakah Anda membutuhkan bantuan pendamping? | <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 :