

.....
miejsce, data

Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Status na rynku pracy.....

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej.....

1. Weryfikacja potrzeb osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę				Tak	Nie
Wymaga wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej – wymaga. (Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt)					
Wymaga wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, ect. itp.) – wymaga. (Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt)					
Wymaga wsparcia podczas podejmowania aktywności w życiu społecznym i komunikowaniu się z otoczeniem) – wymaga. (Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt)					
2. Weryfikacja poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się					
Osoba z niepełnosprawnością porusza się w domu (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> samodzielnie (1pkt)	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. (2pkt)	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani za pomocą sprzętów ortopedycznych (3pkt)		
Osoba z niepełnosprawnością porusza się poza miejscem zamieszkania (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> samodzielnie (1pkt)	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. (2pkt)	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani za pomocą sprzętów ortopedycznych (3pkt)		
3. Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do projektu (Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością)					
Osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? (Tak – 1 pkt, Nie – 0 pkt)					
Członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? (Tak – 1 pkt, Nie – 0 pkt)					
SUMA PUNKTÓW					

Informacje uzupełniające (nie mające wpływu na powyższą punktację):

Jakie są Pana/Pani potrzeby wymagające wsparcia w formie opieki wytchnieniowej? / Uwagi

.....
.....
.....

Data i podpisy osób dokonujących ocenę:

.....
.....
.....

Powyższy wynik **oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością**

skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług opieki wytchnieniowej w określonym wymiarze godzin *
- wpisaniu na listę rezerwową (zgodnie z założeniami zawartymi w Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie. *
- o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem. *

* niepotrzebne skreślić