Załącznik nr 1 do *Regulaminu Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa'' dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*

KARTA OCENY SYTUACJI INDYWIDUALNEJ CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko: .....
Adres zamieszkania: .....
Telefon / kontakt: .....
Stopień niepełnosprawności: .....
Rodzaj niepełnosprawności (symbol/symbole): .....

W każdym punkcie proszę czytelnie zaznaczyć **TAK / NIE**.

Punktację wypełnia komisja rekrutacyjna, zgodnie z wytycznymi Programu OW - edycja 2026.

W przypadku „TAK"– 1 pkt.

A. WYPEŁNIA CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN ZAMIESZKUJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM ORAZ SPRAWUJĄCY BEZPOŚREDNIĄ OPIEKĘ NAD OSOBĄ ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

I. SYTUACJA RODZINNA:	**Tak**	**Nie**	**Pkt**
1. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły, nie uczy się lub nie studiuje.	☐	☐	
2. Osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o stopniu znacznym – sprzężone (co najmniej 2 przyczyny niepełnosprawności).	☐	☐	
3. Członek rodziny/opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości	☐	☐	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

I. SYTUACJA RODZINNA: **Tak Nie Pkt**

podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

4. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w rodzinnej pieczy zastępczej. ☐ ☐

5. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w placówkach typu rodzinnego. ☐ ☐

II. SYTUACJA ZDROWOTNA I FUNKCJONALNA: **Tak Nie Pkt**

6. Osoba z niepełnosprawnością porusza się przy użyciu wózka inwalidzkiego lub sprzętu ortopedycznego (kule, balkonik, chodzik). ☐ ☐

7. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie). ☐ ☐

8. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana). ☐ ☐

9. Osoba z niepełnosprawnością ma problemy z utrzymaniem stabilności, równowagi lub wysokie ryzyko upadku. ☐ ☐

10. Osoba z niepełnosprawnością wymaga regularnego towarzyszenia podczas wizyt u lekarzy, rehabilitacji, terapii, badań. ☐ ☐

11. Osoba z niepełnosprawnością wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (uregulowane w pkt. 7 orzeczenia o niepełnosprawności). ☐ ☐

III. BARIERY ŚRODOWISKOWE I ARCHITEKTONICZNE:

Tak Nie Pkt

12. Osoba z niepełnosprawnością napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu). ☐ ☐

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

	Tak	Nie	Pkt
13. Osoba z niepełnosprawnością napotyka bariery w otoczeniu (brak transportu, utrudniony dostęp do usług publicznych, bariery urbanistyczne).	☐	☐	
14. Osoba z niepełnosprawnością wymaga każdorazowego wsparcia w opuszczaniu mieszkania lub budynku.	☐	☐	

IV. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ:	**Tak**	**Nie**	**Pkt**
15. Osoba z niepełnosprawnością ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażona na izolację społeczną.	☐	☐	
16. Osoba z niepełnosprawnością rzadko opuszcza miejsce zamieszkania bez pomocy.	☐	☐	
17. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty.	☐	☐	
18. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w organizacji dnia i zarządzaniu czynnościami.	☐	☐	
19. Osoba z niepełnosprawnością wymaga pomocy asystenta w komunikacji z otoczeniem.	☐	☐	
20. Osoba z niepełnosprawnością potrzebuje systematycznej pomocy w dotarciu do usług edukacyjnych, terapii lub aktywności społecznej.	☐	☐	

V. DOTYCHCZASOWE WSPARCIE:	**Tak**	**Nie**	**Pkt**
21. Osoba z niepełnosprawnością NIE otrzymuje świadczenia wspierającego.	☐ (nie otrzymuje)	☐	
22. Osoba z niepełnosprawnością NIE korzystała z usług opieki wytchnieniowej w poprzednich trzech edycjach Programu ,,Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego.	☐ (nie korzystała)	☐	
23. Osoba z niepełnosprawnością NIE posiada innego rodzaju wsparcia (opieka sąsiedzka, wolontariusze, usługi opiekuńcze).	☐ (nie posiada)	☐	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

24. Osoba z niepełnosprawnością NIE korzysta z usług asystenta w ramach programu ,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026..	☐ (nie korzystała)	☐

B. WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY ZAMIESZKUJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIECKIEM OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA POSIADAJĄCE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPAWNOŚCI

I. SYTUACJA RODZINNA I ZDROWOTNA:	**Tak**	**Nie**	**Pkt**
1. Dziecko z niepełnosprawnością, nad którą rodzic/opiekun prawny sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie uczęszcza na zajęcia poza miejscem zamieszkania, np. przedszkole, szkoła specjalna.	☐	☐	
2. Rodzic/opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem (od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności) jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.	☐	☐	
3. Dziecko z niepełnosprawnością przebywa w placówkach typu rodzinnego.	☐	☐	
4. Rodzic/opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzystał z usług opieki wytchnieniowej w trzech poprzednich edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego.	☐ (nie korzystał)	☐	
5. Rodzic/ opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzysta z usług asystenta w ramach Programu ,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością'' dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	☐ (nie korzystał)	☐	

II. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ:	Tak	Nie	Pkt
6. Dziecko ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażony na izolację społeczną.	☐	☐	
7. Dziecko ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty.	☐	☐	
8. Dziecko napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu).	☐	☐	
9. Dziecko wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie).	☐	☐	
10. Dziecko ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana).	☐	☐	

C. WYPEŁNIA OPIEKUN SPRAWUJĄCY BEZPOŚREDNIĄ OPIEKĘ NA OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ/RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz oświadczam, że podane informacje w Karcie Oceny są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

3. **Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.**

Krapkowice, dnia …….

…….

(Podpis osoby ubiegającej się o usługi opieki wytchnieniowej)

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

D. WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

Wypełnić odpowiednio:

		TAK/NIE
1.	Kompletność i prawidłowość dokumentów, o których mowa w §3 ust. 4 Regulaminu.	
2.	Osoba z niepełnosprawnością/dziecko, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, przedszkola, szkoły oraz nie uczy się.	
3.	Uczestnik sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą nie niepełnosprawnością.	
4.	Uczestnik sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzystał z usług opieki wytchnieniowej w trzech poprzednich edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego.	
5.	Osoba z niepełnosprawnością/dziecko NIE korzysta z usług asystenta w ramach programu ,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.	

II. PODSUMOWANIE PUNKTÓW

Liczba punktów Karty Oceny Sytuacji Indywidualnej: ☐

Punktacja z Karty Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel: ☐

III. REKOMENDACJA KOMISJI

☐ Komisja rekomenduje przyznanie usług opieki wytchnieniowej
☐ Komisja nie rekomenduje przyznania usług opieki wytchnieniowej

IV. PODPISY KOMISJI REKRUTACYJNEJ

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej