

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Kwestionariusz oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością osób ubiegających się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej oraz stanu zdrowia i sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Poniższa ocena stanowi uzupełnienie do Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 i przedstawia poziom trudności i zaangażowania Pana/Pani w zakresie czynności związanych z pełnieniem bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością. Przedstawiony przez Pana/Panią poziom obciążenia pozwoli Realizatorowi Programu na ocenę stanu zdrowia i sytuacji życiowej osób ubiegających się o wsparcia do Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

Realizator Programu przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu i w przypadku dużej liczby zgłoszeń uczestnicy Programu po spełnieniu pozostałych kryteriów, którzy złożyli uzupełniony kwestionariusz i otrzymali sumarycznie najwięcej punktów, będą rozpatrywani w pierwszej kolejności.

Wypełniając kwestionariusz należy odnieść się do wszystkich pytań oraz zaznaczyć w „kółko” tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź a, b lub c.

Jak Pani/Pan ocenia poziom funkcjonowania, stopień niezależności oraz potrzeby OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, którą się Pan/Pani stale opiekuje, w poniżej wymienionych obszarach:

1. Jak Pan/Pani ocenia poziom czynności samoobsługowych? (, utrzymanie higieny osobistej, mycie, czesanie, ubieranie odzieży itp.),
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby – 1pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej – 2 pkt
2. Jak Pan/Pani ocenia zdolność spożywania i przygotowywania posiłków?
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowi wymaga pomocy drugiej osoby – 1 pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej – 2 pkt

3. Jak Pan/Pani ocenia zdolność poruszania się, przemieszczania się w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania, komunikowania się z otoczeniem?
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby i/lub korzysta ze sprzętów ortopedycznych, wspomagających, pomocniczych – 1 pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej – 2 pkt
4. Jak Pan/Pani ocenia zdolność do realizacji podstawowych zadań z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego m.in. sprzątanie, płacenie rachunków, robienie zakupów, itp.
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby – 1 pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej – 2 pkt
5. Jak Pan/Pani ocenia zdolność dbania o własne zdrowie (podawanie/przyjmowanie leków, korzystanie z placówek medycznych);
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby – 1 pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od drugiej osoby – 2 pkt
6. Jak Pan/Pani ocenia zdolność do załatwiania spraw urzędowych;
 - a. Osoba samodzielna – 0 pkt
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby – 1 pkt
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od drugiej osoby – 2 pkt
7. Czy 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, nie uczy się lub nie studiuje,
 - a. uczęszcza – 0 pkt
 - b. nie uczęszcza – 1 pkt
8. Czy 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 opieki nad osobą z niepełnosprawnością,
 - a. nie – 0 pkt
 - b. tak – 1 pkt

Dodatkowe istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestnika Programu oraz osoby z niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis Uczestnika Programu)