

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w programie „Opieka wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2026

Ostrowiec Świętokrzyski, data

Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

Zaznaczyć znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK” lub w kolumnie „NIE”.

Odpowiedź „TAK”= 1 pkt, odpowiedź „NIE” – 0 pkt

Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do Programu:	TAK	NIE	Liczba punktów
Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi			
Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. ze ośrodków wsparcia, placówek 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 i nie studiuje			
Nieaktywny zawodowo członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością			
Badanie/weryfikacja	TAK	NIE	Liczba punktów
po uwzględnieniu Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026			
Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia:			
Osoba wymaga wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej			
Osoba wymaga wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			
Osoba wymaga wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			
Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:	TAK	NIE	Liczba punktów

Czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej – wymaga wsparcia			
Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania - wymaga wsparcia			
Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem – wymaga wsparcia			
	TAK	NIE	Liczba punktów
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, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty			
Czy członek rodziny/ opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednia opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością			
SUMA			

Data i podpisy osób dokonujących ocenę:

.....
.....

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ogółem godzin*
- wpisaniu na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.*
- o odmowie przyznania usług opieki wytchnieniowej wraz z uzasadnieniem.*

*** niepotrzebne skreślić**

Data i podpis koordynatora Programu:

.....