

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ
Karty zgłoszenia do Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla JST - edycja 2026

Nazwisko i imię Wnioskodawcy				
Nazwisko i imię Osoby z niepełnosprawnością				
Numer karty zgłoszenia / data wpływu:				
Liczba przyznanych punktów				
Pierwszeństwo naboru	KRYTERIUM A	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE	KRYTERIUM B	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE

I. Dotyczy osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

1. Status na rynku pracy: (KRYTERIUM A)

- osoba **nieaktywna zawodowo** i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością
- osoba **aktywna zawodowo**:
- Pracuje w niepełnym wymiarze czasu pracy
 - Pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy

2. Stan zdrowia

- Bardzo dobry/Dobry**
Osoba nie odczuwa ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu,
nie ma przewlekłych dolegliwości, czuje się silna, (1 pkt.)
- Przeciętny (średni)**
Występują pewne ograniczenia lub przewlekłe, ale kontrolowane schorzenia,
które nie uniemożliwiają podstawowych aktywności (2 pkt.)
- Zły**
Stan wymagający opieki, poważne ograniczenia sprawności (3 pkt.)

3. Korzystanie ze wsparcia w opiece na osobą z niepełnosprawnością:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Wsparcie rodziny, znajomych, sąsiadów | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Okazjonalne wsparcie rodziny, znajomych, sąsiadów | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Całkowity brak wsparcia rodziny, znajomych, sąsiadów | (3 pkt.) | ..... |

II. Dotyczy osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie opieki wytchnieniowej:

1. Wykonywanie czynności samoobstugowych:

• Utrzymanie higieny osobistej:

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przez opiekuna | (3 pkt.) | ..... |

• Przygotowywanie posiłków:

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przez opiekuna | (3 pkt.) | ..... |

• Spożywanie posiłków:

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przez urządzenia np. PEG | (3 pkt.) | ..... |

• Ubieranie się:

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przez opiekuna | (3 pkt.) | ..... |

2. Przemieszczanie się w obrębie mieszkania:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> W asyście drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić) | (3 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> W towarzystwie drugiej osoby, przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić) | (4 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Brak możliwości - osoba leżąca | (5 pkt.) | ..... |

3. Przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (spacer, placówka zdrowia, sklep, itp.):

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> W asyście drugiej osoby | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim
(właściwe podkreślić) | (3 pkt.) | |
| <input type="checkbox"/> W towarzystwie drugiej osoby, przy pomocy kul łokciowych,
chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić) | (4 pkt.) | |
| <input type="checkbox"/> Brak możliwości - osoba leżąca | (5 pkt.) | ..... |

4. Podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Pełna aktywność i komunikowanie się | (1 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Ograniczona | (2 pkt.) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Brak - osoba nie komunikuje się samodzielnie | (3 pkt.) | ..... |

5. Korzystanie ze wsparcia: (KRYTERIUM B)

osoba w niepełnosprawnością stale przebywa w domu, tj. 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;

osoba w niepełnosprawnością korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatów 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), uczy się lub studiuje, korzysta z innych programów/projektów zapewniających analogiczne wsparcie, w tym programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”, pomoc sąsiedzka, innej

Łączna liczba przyznanych punktów:

Zakwalifikowano do udziału w Programie: TAK NIE

Wpisano na listę rezerwową do udziału w Programie: TAK NIE

Data sporządzenia:

Podpis osoby dokonującej oceny:

.....