

**Karta monitoringu świadczonych usług opieki wytchnieniowej
organizowanej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Dane uczestnika Programu:

Data wizyty:

Imię i nazwisko:

Adres:

Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Dane osoby świadczącej usługi:

Imię i nazwisko:

Dane osoby przeprowadzającej monitoring:

Imię i nazwisko:

I. Dotyczy uczestnika Programu (członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

1. Status na rynku pracy:

Oświadczam, że jestem osobą **nieaktywną zawodowo** i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że jestem osobą **aktywną zawodowo**:

Pracuję w niepełnym wymiarze czasu pracy

Pracuję 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,

Przeciętny (średni)

Występują pewne ograniczenia lub przewlekłe, ale kontrolowane schorzenia, które nie uniemożliwiają podstawowych aktywności,

Zły

Stan wymagający opieki, poważne ograniczenia sprawności

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

- Wsparcie rodziny, znajomych, sąsiadów
- Okazjonalne wsparcie rodziny, znajomych, sąsiadów
- całkowity brak wsparcia rodziny, znajomych, sąsiadów

II. Dotyczy osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ma przyznaną usługę opieki wytchnieniowej:

1. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

• Utrzymanie higieny osobistej:

- Samodzielnie
- Przy pomocy drugiej osoby
- Przez opiekuna

• Przygotowywanie posiłków:

- Samodzielnie
- Przy pomocy drugiej osoby
- Przez opiekuna

• Spożywanie posiłków:

- Samodzielnie
- Przy pomocy drugiej osoby
- Przez urządzenia np. PEG

• Ubieranie się:

- Samodzielnie
- Przy pomocy drugiej osoby
- Przez opiekuna

2. Przemieszczanie się w obrębie mieszkania:

- Samodzielnie
- W asyście drugiej osoby
- Przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić)
- W towarzystwie drugiej osoby, przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić)
- Brak możliwości - osoba leżąca

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

- Samodzielnie
- W asyście drugiej osoby
- Przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić)
- W towarzystwie drugiej osoby, przy pomocy kul łokciowych, chodzika, na wózku inwalidzkim (właściwe podkreślić)
- Brak możliwości - osoba leżąca

4. Podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem:

- Pełna aktywność i komunikowanie się
- Ograniczona
- Brak - osoba nie komunikuje się samodzielnie

5. Korzystanie ze wsparcia:

- 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

6. Proszę ocenić ogólny stopień zadowolenia z wykonanej usługi

- Bardzo dobry Średni Bardzo zły
- Dobry Zły Trudno powiedzieć

7. Czy opiekun wytchnieniowy był obecny podczas monitoringu?

- Tak Nie

8. Czy ma Pan/i uwagi do pracy opiekuna wytchnieniowego?

- Tak Nie

9. Jeżeli tak to jakie?

.....

.....

10. Co chciał/aby Pan/i zmienić lub poprawić we współpracy z opiekunem wytchnieniowym?

.....

.....



11. Wnioski, uwagi i spostrzeżenia:

.....
.....

.....

Podpis uczestnika Programu

.....

Podpis osoby przeprowadzającej monitoring