

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA ORAZ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ zgłaszających się do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026

Imię i nazwisko członka rodziny / opiekuna osoby z niepełnosprawnością

.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Status na rynku pracy.....

Wnioskowana forma usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ogółem dób w formie całodobowej

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Rodzaj i stopień niepełnosprawności:

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

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

Osoba z niepełnosprawnością	TAK	NIE	Liczba punktów
Posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności			
Posiadająca orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych			
Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi			
Weryfikacja po uwzględnieniu Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	TAK	NIE	Liczba punktów
W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie			
Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej - wymaga			
Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp. - wymaga			
Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem - wymaga			
Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie - wymaga			
Wsparcie w przemieszczaniu się w miejscu zamieszkania - wymaga			
Sytuacja członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością			

Osoba z niepełnosprawnością 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 (Dz. U. z 2025r. poz. 881),			
Członek rodziny/ opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.			
Stan zdrowia i sytuacja życiowa członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością			
Stan zdrowia – występowanie długotrwałej choroby			
Sytuacja życiowa - brak możliwości czasowego zastępstwa przez inne osoby			
		SUMA
Informacje dodatkowe (ustalenie okoliczności faktycznych mających wpływ na ogólną ocenę sytuacji członka rodziny / opiekuna oraz osoby z niepełnosprawnością)	TAK	NIE	Uwagi
POBIERANIE przez osobę z niepełnosprawnością świadczenia wspierającego , którego celem jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych tych osób. (art. 3 ust. 1 ustawy o świadczeniu wspierającym), w tym konieczności wsparcia przez inną osobę mającą na celu zapewnienie zwiększenia lub utrzymania niezależności osoby niepełnosprawnej (art. 4b ustawy o rehabilitacji zawodowej			
POBIERANIE przez członka rodziny / opiekuna osoby z niepełnosprawnością świadczenia pielęgnacyjnego: „Celem ustawodawcy było bowiem zapewnienie osobie rezygnującej z zatrudnienia lub go niepodjęjącej, ekwiwalentu zatrudnienia, którego nie może podjąć lub kontynuować ze względu na sprawowanie opieki nad niepełnosprawną osobą.” (tak Wyrok NSA z 10.09.2025 r., I OSK 1763/24, LEX nr 3928723.)			

Data i podpisy osób dokonujących oceny:

.....
.....
.....

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji członka rodziny / opiekuna oraz osoby z niepełnosprawnością zgłaszających się do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ogółem..... godzin / dób w formie dziennej / całodobowej *
- 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: