



KARTA OCENY INDYWIDUALNEJ SYTUACJI CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

na potrzeby zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026

	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	WARTOŚĆ PUNKTOWA (wpisać odpowiednią wartość)
	NAZWA CZYNNOŚCI:	
1.	Utrzymanie higieny osobistej 1. nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych (w tym mycie i kąpiel) - 10 pkt 2. potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych (w tym mycie i kąpiel)-5 pkt 3. samodzielnie wykonuje czynności higieniczne (w tym mycie i kąpiel) – 0 pkt	
2.	Korzystanie z toalety (WC) 1. nie korzysta w ogóle z toalety – 10 pkt 2. potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety – 5 pkt 3. samodzielnie korzysta z toalety – 0 pkt	
3.	Spożywanie posiłków: 1. nie jest w stanie samodzielnie jeść – 10 pkt 2. wymaga pomocy w przygotowaniu posiłku – 5 pkt 3. potrafi samodzielnie jeść i przygotować posiłek – 0 pkt	
4.	Ubieranie się i rozbieranie 1. potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby – 10 pkt 2. potrzebuje częściowej pomocy innej osoby – 5 pkt 3. ubiera się i rozbiera samodzielnie – 0 pkt	
5.	Przemieszczanie się w obrębie mieszkania: 1. nie przemieszcza się samodzielnie ani za pomocą sprzętów ortopedycznych– 10 pkt 2. przemieszcza się za pomocą sprzętów ortopedycznych – 5 pkt 3. przemieszcza się samodzielnie – 0 pkt	
6.	Przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania: 1. w ogóle nie przemieszcza się poza miejsce zamieszkania – 10 pkt 2. przemieszcza się za pomocą sprzętu wspomagającego lub przy pomocy innej osoby- 5 pkt 3. przemieszcza się samodzielnie – 0 pkt	
7.	Podejmowanie aktywności życiowych (np. spacer, ćwiczenia, sprzątanie, czytanie, itp.): 1. nie podejmuje żadnych aktywności życiowych – 10 pkt 2. podejmowane aktywności życiowe są bardzo ograniczone – 5 pkt 3. podejmuje różne aktywności życiowe – 0 pkt	
8.	Komunikowanie się z otoczeniem (za pomocą różnych form/sposobów): 1. nie potrafi komunikować się z otoczeniem – 10 pkt 2. komunikowanie się z otoczeniem jest ograniczone – 5 pkt 3. potrafi komunikować się z otoczeniem – 0 pkt	

9.	Wyżej wymieniona osoba z niepełnosprawnością stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej, nie jest osobą zatrudnioną, uczącą się, studiującą 1. Tak - 10 pkt 2. Nie - 0 pkt	
	Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie opieki wytechnieniowej (członka rodziny/opiekuna) NAZWA CZYNNOŚCI:	X
10.	Praca zawodowa w ciągu dnia: 1. pracuje na pełen etat.....10 pkt 2. pracuje kilka godzin lub w gospodarstwie rolnym własnym lub małżonka....5 pkt 3. nie pracuje.....0 pkt	
	SUMA PUNKTÓW	

.....

Data i podpis uczestnika programu / opiekuna prawnego