

.....
imię i nazwisko Uczestnika/-czki projektu

OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI UCZESTNIKA

1. Jestem osobą samotnie zamieszkującą i samotnie gospodarującą Tak / Nie
2. Jestem osobą mogącą liczyć na wsparcie i pomoc innych osób Tak / Nie
3. Mam przyznane usługi Asystenta osobistego lub opiekę wytchnieniową na rok 2026 przez innego Realizatora Tak / Nie
4. Ubiegałam/ubiegałem się o usługi Asystenta osobistego, opieki wytchnieniowej lub w ramach innych programów na rok 2026 u innych Realizatorów (lub zamierzam ubiegać się o taką pomoc)* Tak / Nie
5. Korzystam z usług opiekuńczych lub innego wsparcia Tak / Nie
6. Czy korzysta Pani/Pan z dodatkowych zajęć lub z dodatkowego wsparcia ?
 - usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze Tak / Nie
 - opieka długoterminowa Tak / Nie
 - prywatna opieka Tak / Nie
 - placówka pobytu dziennego Tak / Nie
 - Ośrodkach i/lub
 - Placówkach wsparcia dziennego i/lub
 - Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ) i/lub
 - Środowiskowym Domu Samopomocy
 - kluby/świetlice dla osób z niepełnosprawnością lub dla seniorów
 - Innych, jeśli tak to jakich
 - Jak często ?

NIE KORZYSTA

SAMODZIELNOŚĆ W CODZIENNYCH CZYNNOŚCIACH

(W tabeli poniżej proszę wskazać poziom Pana/Pani samodzielności w każdej czynności, poprzez wpisanie znaku X w odpowiedniej kolumnie, po prawej stronie):

Czynność	Jestem całkowicie samodzielny / samodzielna	Jestem częściowo samodzielny / samodzielna	Wymagam pełnej pomocy
higiena osobista			
ubieranie			
przygotowanie i spożywanie posiłków			
sprzątanie, pranie			
poruszanie się w domu i poza domem			
załatwianie spraw urzędowych/zdrowotnych			
kontakty społeczne / udział w życiu społecznym			

1. Dodatkowe informacje dotyczące sytuacji życiowej:

.....

.....

.....

.....

*Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Stowarzyszenia Oligos o przyznaniu bądź odmowie przyznania mi usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” i/lub ”Opieka wytchnieniowa” na rok 2026 realizowanego przez inny Podmiot (MOPS, CUS, Stowarzyszenie, Fundacja itp.).

O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), uczestnik jest **obowiązany niezwłocznie poinformować realizatora Programu**, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym zmiana nastąpiła.

.....
data

.....
podpis Uczestnika/-czki projektu