

.....
imię i nazwisko Uczestnika/-czki projektu/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

KWESTIONARIUSZ OCENY INDYWIDUALNEJ SYTUACJI UCZESTNIKA

1. Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę 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 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje.
Tak / Nie
2. Jestem osobą nieaktywną zawodowo. Tak / Nie
3. Mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością. Tak / Nie
4. Mój stan zdrowia ogranicza możliwości sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje opiekę Tak / Nie
5. Mam przyznane usługi Opieki wytechnieniowej lub osoba nad którą sprawuje opiekę ma przyznane usługi Asystenta osobistego na rok 2026 u innego Realizatora. Tak / Nie
6. Ubiegałam/ubiegałem się o usługi Opieki wytechnieniowej, Asystenta osobistego dla osoby nad którą sprawuje opiekę lub usługi tożsame w ramach innych programów na rok 2026 u innych Realizatorów (lub zamierzam ubiegać się o taką pomoc).* Tak / Nie
7. Osoba nad którą sprawuje opiekę korzysta z usług opiekuńczych lub innego wsparcia.
Tak / Nie
8. Czy osoba nad którą sprawuje Pani/Pan opiekę korzysta z dodatkowych zajęć lub z dodatkowego wsparcia ?
 - o usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze Tak / Nie
 - o opieka długoterminowa Tak / Nie
 - o prywatna opieka Tak / Nie
 - o placówka pobytu dziennego Tak / Nie
 - w 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 OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W CODZIENNYCH CZYNNOŚCIACH

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

Czynność	Osoba całkowicie samodzielna	Osoba częściowo samodzielna	Osoba wymagająca 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 uczestnika i osoby z niepełnosprawnością nad którą sprawuje opiekę :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług Opieki wytchnieniowej w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej), 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