

### Karta oceny indywidualnej sytuacji kandydata

ubiegającego się o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, realizowanego przez **Fundację Eudajmonia** powierzonej przez **Powiat Średzki**.

#### I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

Adres zamieszkania .....

Stopień i symbol orzeczonej niepełnosprawności.....

Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności ..... /  na stałe

#### II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY PRZEZ SĄD)

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

#### III. ŚRODOWISKO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA POMOCY OD INNYCH (wstaw „X” przy właściwym określeniu – jedna odpowiedź)		TAK
1.	Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która <u>nie korzysta ze wsparcia innych osób</u> .	
2.	Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą ale na terenie powiatu średzkiego zamieszkuje inna osoba ( <i>bliska, bądź inna</i> ), która <b>jest</b> w stanie udzielić mi wsparcia.	
3.	Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą wyłącznie z inną osobą z niepełnosprawnością ( <i>posiadającą stopień umiarkowany, znaczny lub równoważny</i> ), która ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność <b>nie jest</b> w stanie udzielić mi wsparcia.	
4.	Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z rodziną /inną osobą z niepełnosprawnością ( <i>posiadającą stopień umiarkowany, znaczny lub równoważny</i> ), która <b>jest</b> w stanie udzielić mi wsparcia.	
5.	Jestem osobą przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka.	
6.	Jestem osoba przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują matzonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.	

\* Jeżeli w pkt. 2, 3 lub 4 zaznaczono **TAK**, proszę podać imię i nazwisko osoby + stopień pokrewieństwa

.....  
.....

#### IV. KORZYSTANIE Z INNYCH FORM WSPARCIA – w bieżącym roku (2026)

FORMA WSPARCIA	TAK	NIE
Usługi opiekuńcze		
Prywatna opieka		
Opieka pielęgniarska		
Inne, jakie : ...		

#### V. OCENA CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA W OKREŚLONYCH ZAKRESACH:

Indywidualna ocena funkcjonowania w czynnościach życia codziennego, wynikająca z niepełnosprawności: <i>(Oceń funkcjonowanie – wstaw „X” przy właściwym określeniu – jedna odpowiedź)</i>	
<b>BARDZO ŹLE</b> – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczenia w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą	
<b>ŹLE</b> – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą	
<b>ŚREDNIO</b> – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić	
<b>DOBRCZE</b> – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, co do zasady, nie wymaga wsparcia innych osób	

#### VI. POZIOM SAMODZIELNOŚCI W CODZIENNYM ŻYCIU

CZYNNOŚĆ <i>(Oceń funkcjonowanie – wstaw „X” przy właściwym określeniu)</i>	Pełna zdolność (robię samodzielnie)	Zdolność ograniczona (czasami potrze- buję pomocy)	Brak zdolności (zawsze potrze- buję pomocy)
przygotowywanie i spożywanie posiłków			
utrzymanie higieny osobistej (mycie głowy, mycie ciała, czesanie, golenie)			
ubieranie się			
załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety			
poruszanie się (wstawanie z łóżka, powrót do niego, siadanie na krześle/wstawanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			
samodzielne wykonywanie codziennych prac domowych			
robienie zakupów/optat			
planowanie budżetu domowego			
obsługa komputera/telefonu/ innych urządzeń służących do komunikacji			
wyjście na spacer			
wyjście do lekarza			
Nawiązywanie kontaktów z innymi osobami			

## VII. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA, EDUKACYJNA, SPOŁECZNA

AKTYWNOŚĆ	TAK	NIE
korzystam z placówki opiekuńczo-edukacyjnej (przedszkole/żłobek itp.)		
jestem uczniem/studentem		
uczęszczam do placówki wsparcia dziennego (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, dzienny dom seniora, klub seniora, klub aktywności, itp.)		
jestem aktywny zawodowo ( pracuję)		

**Czy potrzebuję wsparcia w dotarciu do wyżej wymienionych placówek/ zakładów**

Tak     Nie     Nie dotyczy

## VIII. WSPARCIE W POPRZEDNICH LATACH

**Czy korzystałam/em ze wsparcia w FUNDACJI EUDAJMONIA w co najmniej jednym roku w okresie 2024-2025:**

Tak     Nie

Jeżeli **TAK**, był to program :     Asystencji Osobistej     Opieki Wytchnieniowej

## IX. WSPARCIE, KTÓREGO BRAKUJE MI W CODZIENNYM ŻYCIU

- Poruszanie się poza domem (np. zakupy, urzędy, przychodnie)
- Udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, sportowych
- Pomoc w organizacji dnia/przypominanie o zadaniach
- Pomoc w komunikacji (czytanie, pisanie, rozmowa)
- Pomoc w nauce, pracy lub szkoleniu
- Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej
- Inne jakie? .....

*Inne informacje dotyczące funkcjonowania i sytuacji życiowej uznane w Pana/Pani opinii za istotne a nie zawarte powyżej :*

.....

.....

.....

## X. OCZEKIWANIA :

Moje oczekiwania dotyczące **miesięcznej** liczby godzin usług asystencji osobistej wynoszą .....h.

## **XII. OŚWIADCZENIA I ZGODY**

### **1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a):**

- a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026,
- b) z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026, opracowanego przez Fundację Eudajmonia,
- c) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją Programu (<https://eudajmonia.pl/rodo/>).

### **2. Oświadczam że:**

- a) jestem świadomy/a, że złożenie nieprawdziwych oświadczeń może skutkować odpowiedzialnością karną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- b) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług; czynności te dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- c) jestem świadomy/a, iż w przypadku stwierdzenia – w toku monitoringu, kontroli lub weryfikacji prowadzonej przez Realizatora Programu – rozbieżności pomiędzy danymi wskazanymi w dokumentacji rekrutacyjnej a stanem faktycznym, które miały istotny wpływ na proces kwalifikacji do Programu, uzyskaną punktację lub przyznany wymiar usług asystencji osobistej, Realizator ma prawo do natychmiastowego wstrzymania realizacji usług lub zakończenia mojego udziału w Programie, w przypadku stwierdzenia, że przyznanie usług nastąpiło na podstawie nieprawdziwych danych, Realizator może dochodzić zwrotu kosztów nienależnie przyznanych i zrealizowanych usług.
- d) w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 22 Programu finansowane ze środków publicznych,
- e) w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytania z części VII na prośbę pracownika Fundacji Eudajmonia, prowadzącego rekrutację do Programu, zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnienie ww warunków.

**3. Jeśli zostanę zakwalifikowany/a do udziału w Programie zgadzam się na bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST - edycja 2026. Mój wizerunek może znajdować się na zdjęciach, w filmach i prezentacjach, które powstaną w ramach projektu. Zgody udzielam Realizatorowi Programu- Fundacji Eudajmonia.**

**Tak**       **Nie**

.....  
(data i podpis osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna prawnego)