

Karta oceny indywidualnej sytuacji kandydata

ubiegającego się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla JST - edycja 2026 – **Powiat Średzki**, realizowanego przez Fundację Eudajmonia

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (członek rodziny lub opiekun osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

Adres zamieszkania

II. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko.....

Grupa lub stopień niepełnosprawności

III. SYTUACJA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

1. Jestem członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta na przykład 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 nieaktywnym zawodowo członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

Tak Nie

IV. POZIOM SAMODZIELNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

1. Osoba z niepełnosprawnością komunikuje swoje potrzeby:

zawsze czasami nigdy

2. Osoba z niepełnosprawnością potrafi samodzielnie przygotować i spożyć posiłek:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

3. Osoba z niepełnosprawnością utrzymuje higienę osobistą:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

4. Osoba z niepełnosprawnością potrafi ubrać się i rozebrać:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

5. Osoba z niepełnosprawnością przemieszcza się w miejscu zamieszkania:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

6. Osoba z niepełnosprawnością przemieszcza się poza miejscem zamieszkania:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

7. Osoba z niepełnosprawnością podejmuje aktywność życiową:

- samodzielnie czasem z pomocą zawsze z pomocą

V. WSPARCIE OBECNIE I W POPRZEDNICH LATACH

1. Otrzymujemy pomoc rodziny, przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy itp.

- często czasami nigdy

2. Osoba z niepełnosprawnością korzysta obecnie z usługi asystenta osobistego, usług opiekuńczych lub specjalistycznych opiekuńczych (z GOPS, MOPS, innych fundacji/stowarzyszeń itp.)

- tak nie

Jeżeli korzysta w 2026 roku z usług asystencji osobistej (z GOPS, MOPS, innych

fundacji/stowarzyszeń itp.), proszę podać ilość godzin przyznanych na cały rok: godzin

3. Korzystaliśmy z usług Fundacji Eudajmonia w latach 2024-2025

- tak nie

4. W jakich czynnościach wsparcie osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej jest niezbędne - opis sytuacji życiowej

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

Wnioskowana ilość godzin opieki wychnieniowej rocznie:

VI. OŚWIADCZENIA I ZGODY

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

- a) z treścią Programu „Opieka wychnieniowa” dla JST – edycja 2026,
- b) z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” 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 odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,
 - b) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wychnieniowej, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług; czynności te dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
 - c) w godzinach realizacji usług opieki wychnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone wobec osoby z niepełnosprawnością, objętą usługą opieki wychnieniowej, inne formy pomocy usługowej, w tym: 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 – o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych,
 - d) w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytania z części III na prośbę pracownika Fundacji Eudajmonia, prowadzącego rekrutację do Programu, zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnienie ww warunków.
3. Jeśli zostaną zakwalifikowany/a do udziału w Programie zgadzam się na bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w związku z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” 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 członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)