

Formularz oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

1. Dane opiekuna (wnioskodawcy)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Preferowana forma kontaktu: Telefon: Email:

2. Dane osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko:

Stopień niepełnosprawności:

Rodzaj niepełnosprawności:

Czy osoba stale przebywa w domu? ☐ TAK ☐ NIE

Czy korzysta z placówek całodobowych? ☐ TAK ☐ NIE

Czy uczęszcza do ŚDS/WTZ/szkoły/placówki? ☐ TAK ☐ NIE

3. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością (zaznaczyć właściwe)

Potrzebuje pomocy w:

☐ higienie osobistej

☐ ubieraniu

☐ karmieniu

☐ przemieszczaniu się

☐ komunikowaniu się

☐ aktywności życiowej

☐ wyjściach poza dom

Proszę krótko opisać zakres potrzeb:

.....

.....

.....

4. Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością

- ☐ całkowicie niesamodzielna
- ☐ częściowo samodzielna
- ☐ samodzielna z niewielkim wsparciem

Opis ograniczeń, w tym w zakresie komunikowania się i poruszania:

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

5. Sytuacja opiekuna

Czy pracuje Pan/Pani zawodowo? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak – w jakim wymiarze?

W jakim systemie- stałych godzin ☐ TAK czy systemie zmianowym ☐ TAK

Czy opieka ogranicza pracę? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak proszę krótko napisać w jaki sposób:

.....

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.

Data:

Podpis: