



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026
finansowanego ze środków z Funduszu Solidarnościowego

Informacja uzupełniająca

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej do karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lutomiersku

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

oświadczam, że:

jestem członkiem rodziny/ opiekunem *:

Pan/Pani.....

i sprawuję nad nią bezpośrednią całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ponadto oświadczam, że w/w podopieczny*:

1. stale przebywa w domu i:

nie korzysta ☐ 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),

2. wykonuje czynności samoobsługowe:

- utrzymanie higieny osobistej (np. mycie ciała i głowy, kąpiel, zmiana pieluchomajtek)

samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

- czesanie, golenie, obcinanie paznokci samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

- zmiana bielizny osobistej i ubieranie samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

- załatwianie potrzeb fizjologicznych samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

- spożywanie posiłków samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

- przygotowywanie posiłków samodzielnie ☐ niesamodzielnie ☐

3. Proszę ocenić zdolność podopiecznego do przemieszczania się po mieszkaniu jak i poza miejsce zamieszkania *

po mieszkaniu:

w środowisku:

☐ zdolny do poruszania się samodzielnie lub

☐ zdolny do poruszania się samodzielnie

☐ z użyciem sprzętu ortopedycznego

☐ lub z użyciem sprzętu ortopedycznego

☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób

☐ zdolny do poruszania się z pomocą
innych osób

☐ niezdolny do poruszania się

☐ niezdolny do poruszania się

4. Proszę wskazać czy podopieczny podejmuje jakąkolwiek aktywność życiową (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, urzędu, apteki ect. itp):

NIE ☐

TAK ☐

5. Proszę ocenić zdolność komunikowania się podopiecznego z otoczeniem. Osoba komunikatywna:

NIE ☐

TAK ☐

CZĘŚCIOWO TAK ☐

6. Czy podopieczny jest osobą uczącą się/studiującą:

NIE ☐

TAK ☐

7. Jestem osobą uczącą się/studiującą:

NIE ☐

TAK ☐

8. Jestem osobą aktywną zawodowo:

NIE ☐

TAK ☐

Jeżeli NIE, to czy brak aktywności zawodowej wynika z konieczności opiekowania się osobą z niepełnosprawnością ?

NIE ☐

TAK ☐

.....

(miejscowość i data)

niepełnosprawnej)

.....

(podpis Uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/

członka rodziny/ opiekuna osoby

***właściwe zakreslić**