

OŚWIADCZENIE

Członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*
przystępującego do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026

dotyczące: stanu zdrowia i sytuacji życiowej członka rodziny/opiekuna oraz osoby
z niepełnosprawnościami pozostającej pod jego bezpośrednią opieką

Wodzisław Śląski,.....

Ja, niżej podpisany,

.....

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że:

1) W gospodarstwie domowym pozostaje(wpisać ilość osób) mogących czasowo
wyręczyć mnie w opiece nad osobą z niepełnosprawnością,

2) Jestem osobą:

- aktywną zawodowo,
- nieaktywną zawodowo,
- nieaktywną zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności
zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

(właściwe podkreślić)

3) Czy osoba z niepełnosprawnością osoba z niepełnosprawnością, stale przebywa w domu nie
korzysta np. z ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii
zająciowej, szkoły, placówki o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie
oświaty (Dz. U. z 2025r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje;

- tak

- Stale przebywa w domu

Jak Pani/Pan ocenia poziom funkcjonowania, stopień niezależności oraz potrzeby osoby
z niepełnosprawnością, którą się Pan/Pani stale opiekuje w poniżej wymienionych obszarach:

- 4) Utrzymanie higieny osobistej (mycie, czesanie, ubieranie odzieży itp.)
- a. Osoba samodzielna
 - b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej
- 5) Odżywianie i przygotowywanie posiłków
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej
- 6) Realizacja potrzeb fizjologicznych
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej
- 7) Poruszanie się, przemieszczanie się w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby i/lub korzysta ze sprzętów ortopedycznych, wspomagających, pomocniczych
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej
- 8) Realizacja podstawowych zadań z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego m.in. sprzątanie, płaćenie rachunków, robienie zakupów, itp.
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej (osoba leżąca)
- 9) Zdolność dbania o własne zdrowie (podawanie/przyjmowanie leków, korzystanie z placówek medycznych)
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej
10. Załatwianie spraw urzędowych
- a) Osoba samodzielna
 - b) Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby
 - c) Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej

11. Sytuacja życiowa i zdrowotna jest następująca:

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie powyższych danych.

.....
/Czytelny podpis Opiekuna/Członka rodziny

