



Miejscowość....., dnia2026 r.

Oświadczenie o indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

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

Oświadczam, że nie mam możliwości czasowego zastępstwa przez inne osoby w opiece nad osobą z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że jestem osobą aktywną zawodowo:

Pracuję w pełnym wymiarze czasu pracy,

Pracuję w niepełnym wymiarze czasu pracy.

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/ opiekun ubiega się o przyznanie opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

OPIS FUNKCJONOWANIA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

1. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

• Utrzymanie higieny osobistej:

Samodzielnie

Z pomocą drugiej osoby



• **Przygotowywanie posiłków:**

- Samodzielnie
- Z pomocą drugiej osoby

• **Spożywanie posiłków:**

- Samodzielnie
- Z pomocą drugiej osoby

• **Ubieranie się:**

- Samodzielnie
- Z pomocą drugiej osoby

2. Przemieszczanie się w obrębie mieszkania:

- Samodzielnie
- Z pomocą kul i/lub balkonika i/lub laski*
- Na wózku inwalidzkim
- Brak możliwości – osoba leżąca

3. Przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp.):

- Samodzielnie
- Z pomocą drugiej osoby
- Z pomocą kul i/lub balkonika i/lub laski*
- Na wózku inwalidzkim
- Brak możliwości

4. Podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem:

- Pełna aktywność i brak problemów w komunikowanie się z otoczeniem
- Ograniczona aktywność i problemy w komunikowanie się z otoczeniem (proszę wyjaśnić na czym polegają ograniczenia)

.....
.....

- Brak – osoba nie komunikuje się samodzielnie (proszę opisać z czego to wynika)

.....
.....



KORZYSTANIE ZE WSPARCIA PRZEZ OSOBĘ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (właściwie zaznaczyć):

stale przebywa w domu, tj. nie 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 ze zm.), nie uczy się lub nie studiuje;

korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, 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 ze zm.), uczy się lub studiuje, korzysta z innych programów/projektów zapewniających analogiczne wsparcie, w tym z programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”, pomocy sąsiedzkiej, innej (podkreślić ww. lub wymienić jakiej):

.....
.....

Jestem świadoma/świadomy* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić

** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.