



Karta oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

nr telefonu:

I. Rodzaj orzeczenia:

1.	Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym równorzędne)	
2.	Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym równorzędne)	
3.	Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym równorzędne)	
4.	Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym równorzędne)	
5.	Dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności.	

II. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającą wsparcia:

1.	Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej.	
2.	Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról w rodzinie.	
3.	Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania.	
4.	Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.	

III. Kryteria obowiązkowe (formalne)¹:

L.P.	Nazwa kryterium	TAK	NIE
1.	Zamieszkiwanie na terenie Gminy Połaniec .		
2.	Posiadanie ważnego orzeczenia, o którym mowa w § 5.ust. 1 regulaminu.		
3.	„Karta zgłoszenia do Programu” złożona w terminie określonym w regulaminie.		
4.	Złożenie kompletu dokumentów		

- Kandydat / Kandydatka spełnia wymogi formalne do udziału w Programie.
- Kandydat / Kandydatka nie spełnia wymogów formalnych do udziału w Programie.

IV. Kryteria dodatkowe (premiujące):

L.P.	Nazwa kryterium	TA K	NI E	Liczb a pkt
1.	Samotne zamieszkiwanie i gospodarowanie oraz niekorzystanie ze wsparcia innych osób. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
2.	Wspólne zamieszkiwanie i gospodarowanie osób z niepełnosprawnościami (niepełnosprawność udokumentowana), spełniających jednocześnie warunki, o których mowa w § 5 ust. 1 regulaminu i niemających możliwości			

¹ Zgodnie z §5. ust. 1, „Regulaminu przyjmowania zgłoszeń oraz uczestnictwa w Programie”.

	wzajemnego wsparcia ani niekorzystających ze wsparcia innych osób. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
3.	Przebywanie w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. dzieci osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
4.	Przebywanie w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osoby przebywające w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
5.	Niekorzystanie z usług opiekuńczych / specjalistycznych / asystenckich / sąsiedzkich / innych. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
6.	Poruszanie się w domu i / lub poza miejscem zamieszkania. (samodzielnie – 0 pkt; z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – 1 pkt; osoba nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – 2 pkt)			
7.	Kandydat korzysta z dziennych form wsparcia (w tym: środowiskowy dom samopomocy / klub samopomocy / dzienny dom pobytu / inne formy dziennego stacjonarnego wsparcia, do których uczęszcza kandydat / kandydatka). (TAK - 0 pkt; NIE – 1 pkt)			
Łączna liczba punktów:				

Dodatkowe informacje dotyczące rekrutacji:

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

Data dokonania oceny

Podpisy członków komisji rekrutacyjnej:

1.
2.
3.

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług asystencji osobistej w wymiarze ogółem..... godzin *

- wpisaniu na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej. *

- o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem. *

*** niepotrzebne skreślić**

.....
Data i podpis koordynatora Programu:

.....
Data zatwierdzenia i podpis Dyrektora CUS