

**Karta oceny do zakwalifikowania w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

.....
Imię i nazwisko
.....

.....
Adres
.....

.....
Telefon
.....

.....
Stopień niepełnosprawności
.....

1. Samotne zamieszkiwanie	TAK 5 pkt.	NIE 0 pkt*
2. Brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na stan zdrowia bądź aktywizację zawodową	TAK 5 pkt	NIE 0 pkt
3. Uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego	TAK 0 pkt	NIE 5 pkt
4. Korzystanie z usług opiekuńczych	TAK 0 pkt	NIE 5 pkt
5. Samodzielne poruszanie się w domu	TAK 0 pkt	NIE 5 pkt
6. Samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania	TAK 0 pkt	NIE 5 pkt
7. Inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąsiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne, inne - istotne)	od 0 do 5 pkt	

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

Ilość uzyskanych pkt.

Podpisy Komisji

1.
2.
3.
4.

Ostróda, dnia

* Niepotrzebne skreślić