Załącznik nr 3

do Regulaminu Rekrutacji i Realizacji Programu

Opieka wytchnieniowa

– edycja 2024

**Karta oceny do zakwalifikowania w Programie**

**„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024**

**…………………………………………………………………….**

**Imię i nazwisko Uczestnika**

**…………………………………………………………………….**

**Imię i nazwisko** osoby niepełnosprawnej\*

/dziecka do 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności

**…………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………. ………………………………………..**

**Adres Telefon**

1. Brak możliwości brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na stan zdrowia bądź aktywizację zawodową

TAK 5 pkt NIE 0 pkt

2. Uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego TAK 0 pkt NIE 5 pkt

3. Korzystanie z usług opiekuńczych TAK 0 pkt NIE 5 pkt

4. Samodzielne poruszanie się w domu TAK 0 pkt NIE 5 pkt

5. Samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania TAK 0 pkt NIE 5 pkt

6. 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**

**Ostróda, dnia …………………….**

\* Niepotrzebne skreślić