



WERYFIKACJA OCENY INDYWIDUALNEJ SYTUACJI UCZESTNIKA

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Adres zamieszkania: _____

1. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę (czynności samoobsługowe np. utrzymanie higieny osobistej, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, ect.itp):

2. Poziom aktywności uczestnika Programu: Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i 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), nie uczy się lub nie studiuje:

3. Poziom aktywności członka rodziny/opiekuna - czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością:

4. Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:

Łączna suma punktów: _____

WNIOSKI: _____

Podpisy składu komisji weryfikującej: data.....

Pracownicy GOPS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kierownik:.....