



Dom Pomocy Społecznej w Czarnem



**Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

**KARTA POMOCNICZA DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026.**

IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO:	WIEK:
1. CHOROBY: 2. LEKI DAWKOWANIE: 3. LEKARZ POZ: 4. NAZWA I ADRES PRZYCHODNI:	
5. DIETA	PODSTAWOWA ☐ LEKKOSTRAWNA ☐ PŁYNNNA/ZMIKSOWANA ☐ CUKRZYCOWA ☐
6. SPOŻYWANIE POSIŁKÓW	SPOŻYWA SAMODZIELNIE ☐ WYMAGA POMOCY ☐ WYMAGA KARMIENTA ☐
7. HIGIENA OSOBISTA	SAMODZIELNIE ☐ CZĘŚCIOWA POMOC ☐ CAŁKOWITA POMOC ☐



Dom Pomocy Społecznej w Czarnem



**Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

8. KORZYSTANIE Z TOALETY	SAMODZIELNIE ☐ CZĘŚCIOWA POMOC ☐ CAŁKOWITA POMOC ☐ ŚRODKI POMOCNICZE (PAMPERSY ITP.) ☐
9. UBIERANIE SIĘ	SAMODZIELNIE ☐ CZĘŚCIOWA POMOC ☐ CAŁKOWITA POMOC ☐
10. OGRANICZENIA W KOMUNIKOWANIU SIĘ	BRAK ☐ NIEWIELKIE ☐ ZNACZNE ☐ CAŁKOWITE ☐
11. PRZEMIESZCZANIE SIĘ W TYM POZA MIEJSCE ZAMIESZKANIA	OSOBA PORUSZAJĄCA SIĘ SAMODZIELNIE ☐ PRZY CHODZIKU ☐ OSOBA PORUSZAJĄCA SIĘ NA WÓZKU ☐ OSOBA NIEOPUSZCZAJĄCA ŁÓŻKA ☐
12. FORMA KORZYSTANIA ZE WSPARCIA: CZY WW. KORZYSTA Z NP: WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ, ŚRODOWISKOWYCH DOMÓW SAMOPOMOCY, Z DZIENNEGO DOMU POMOCY, Z KLUBU SENIORA ITP.? TAK ☐ NAZWA NIE ☐ PLACÓWKA POBYTU CAŁODOBOWEGO, SZKOŁA, PLACÓWKA OŚWIATOWA, STUDIA DZIEŃNE TAK ☐ NAZWA NIE ☐ NIE KORZYSTA Z ŻADNEJ FORMY TAK ☐ NIE ☐ INNE TAK ☐ NAZWA NIE ☐	



Dom Pomocy Społecznej w Czarnem



**Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

13. SYTUACJA ZAWODOWA OPIEKUNA	OSOBA AKTYWNA ZAWODOWO ☐ OSOBA NIEAKTYWNA ZAWODOWO ☐ OSOBA Z OGRANICZONYMI MOŻLIWOŚCIAMI DO PODEJMOWANIA AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ ZE WZGLĘDU NA SPRAWOWANĄ OPIEKĘ ☐
14. OSOBY DO KONTAKTU	
15. UWAGI KOŃCOWE: proszę opisać dodatkowe potrzeby lub trudności związane z opieką nad osobą z niepełnosprawnością.	

1. Oświadczam, że:

☐ **ubiegam się/będę ubiegać się** o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026 finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu tj.

.....

(należy wpisać pełną nazwę podmiotu).

☐ **nie ubiegam się/nie będę ubiegać się** o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026 finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu.

.....
Data i podpis członka rodziny /opiekuna
osoby z niepełnosprawnością