

.....
(miejscowość, data)

Kwestionariusz sytuacji opiekuna faktycznego **Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026**

Kwestionariusz służy wyłącznie do oceny sytuacji opiekuna faktycznego w procesie rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026.

W przypadku większej liczby zgłoszeń niż dostępnych miejsc, informacje zawarte w kwestionariuszu stanowią podstawę ustalenia kolejności przyjęć do Programu.

Dane podstawowe:

Dane uczestnika (osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wiek: lat

Dane opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wiek: lat

Intensywność opieki nad osobą z niepełnosprawnością

1. W jakim zakresie podopieczny wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu?

- ☐ Całkowita zależność (karmienie, higiena, przemieszczanie, ubieranie)
- ☐ Wysoka zależność (częsta pomoc w większości czynności)
- ☐ Częściowa samodzielność (pomoc okresowa)

2. W jakim zakresie podopieczny potrzebuje wsparcia w codziennej aktywności?

- ☐ Pomoc w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, wizyty w placówkach zdrowia, sklepie)

- ☐ Pomoc w komunikowaniu się z otoczeniem
- ☐ Pomoc w podejmowaniu aktywności życiowej (edukacja, hobby, praca, inne)

3. Ile godzin dziennie sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę?

- ☐ Całodobowo / praktycznie 24 godziny
- ☐ Powyżej 8 godzin dziennie
- ☐ Poniżej 8 godzin dziennie

Sytuacja opiekuna

1. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź najlepiej opisującą Pana/Pani sytuację:

- ☐ Jestem jedynym opiekunem osoby z niepełnosprawnością
- ☐ Sprawuję opiekę samodzielnie i jednocześnie pracuję zawodowo
- ☐ Opiekę współdzielę z inną osobą dorosłą
- ☐ Opiekun ma powyżej 60 lat

2. Czy wykonuje Pan/Pani pracę zawodową?

- ☐ Tak, w pełnym wymiarze czasu
- ☐ Tak, w niepełnym wymiarze czasu
- ☐ Nie

3. Jeżeli pracuje Pan/Pani zawodowo, czy konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością ogranicza możliwość pracy zawodowej?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Stan zdrowia opiekuna

1. Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?

- ☐ Posiadam chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność
- ☐ Mam okresowe problemy zdrowotne wpływające na sprawowanie opieki
- ☐ Mój stan zdrowia jest dobry

2. Czy opieka powoduje u Pana/Pani przeciążenie fizyczne lub psychiczne?

- ☐ Tak, w znacznym stopniu
- ☐ Umiarkowanie
- ☐ Nie

Wsparcie zewnętrzne

1. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy innych osób lub instytucji?

- ☐ Nie korzystam z żadnego wsparcia
- ☐ Korzystam sporadycznie z pomocy rodziny lub znajomych
- ☐ Korzystam ze stałego wsparcia instytucjonalnego - jeśli **tak**, proszę podać rodzaj i nazwę instytucji oraz przyznaną ilość godzin (np. szkoła, studia, WTZ, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dienne Domy Opieki, Usługi asystenckie, inne programy opieki wytchnieniowej):

- Rodzaj wsparcia:
- Nazwa instytucji:
- Przyznana liczba godzin tygodniowo/miesięcznie/ogółem: (podkreślić prawidłowe)
.....

2. Czy w pobliżu są osoby mogące zastąpić Pana/Panią w opiece?

- ☐ Nie
- ☐ Czasami
- ☐ Tak

Czas sprawowania opieki

1. Od jak dawna sprawuje Pan/Pani stałą opiekę nad podopiecznym?

- ☐ Powyżej 5 lat
- ☐ Od 2 do 5 lat
- ☐ Poniżej 2 lat

Sytuacje szczególne (tryb interwencyjny)

1. Czy występuje obecnie sytuacja kryzysowa

(np. hospitalizacja opiekuna, nagłe pogorszenie stanu zdrowia, kryzys psychiczny)?

- ☐ Tak (proszę opisać):

.....
.....

.....
.....

☐ Nie

Oświadczenie

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zostały
podane dobrowolnie w celu udziału w rekrutacji do Programu
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026.

Podpis opiekuna faktycznego:

.....