



.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Uczestnika (członka rodziny/opiekuna dziecka/osoby z niepełnosprawnością) Programu
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

1. Dziecko/osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę:

a) posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności – **1 pkt.** (dotyczy dzieci)
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – **1 pkt**
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną - **2 pkt**
- orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – **1 pkt**

b) wymaga pomocy w:

- czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej) – **TAK¹ – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, ect. itp), **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem; **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**

c) ma trudności w zakresie:

- komunikowania się (np. wypowiedanie się, rozumienie); **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- poruszania się:
 - porusza się za pomocą sprzętów ortopedycznych lub z pomocą drugiej osoby **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
 - jest osobą leżącą **TAK – 2 pkt/NIE - 0 pkt**

¹ Właściwe zakreślić



- d) 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; **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- e) korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych; **TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**
- f) brała udział w Programie „Opieka wytchnieniowa”/AOON – edycja 2025; **TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**
- g) bierze udział w Programie AOON – edycja 2026; **TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**

2. Jako członek rodziny/opiekun dziecka/osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością **jestem:**

- a) nieaktywny/a zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością. **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- b) osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu:
- lekkim – **1 pkt**
 - umiarkowanym – **2 pkt**
 - znacznym – **3 pkt**
 - nie dotyczy – **0 pkt**

.....
Podpis Uczestnika Programu

POUCZENIE

Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z pouczeniem

.....
Podpis Uczestnika Programu

Liczba uzyskanych punktów:.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:.....

