



## Karta oceny do zakwalifikowania w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025

.....  
Imię i nazwisko

.....

.....  
Adres

.....

Telefon

.....

Stopień niepełnosprawności

Lp.		TAK	NIE	ILOŚĆ PUNKTÓW	UWAGI
1.	Osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich - <b>6 punktów</b>				
2.	Osoba wspólnie gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich - <b>5 punktów</b>				
3.	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (na orzeczeniu są wskazane 2 lub 3 symbole przyczyn niepełnosprawności) - <b>3 punkty</b>				
4.	Osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności lub dokument równoważny lub dziecko od 2 do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu - <b>3 punkty</b>				

5.	Osoba, która nie jest objęta usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi - <b>1 punkty</b>				
6.	Osoba, która nie korzystała z tej formy wsparcia w ubiegłych latach – <b>1 punkty</b>				
7.	Osoba nie porusza się samodzielnie w miejscu zamieszkania – <b>2 punkt</b>				
8.	Osoba nie porusza się samodzielnie poza miejscem zamieszkania – <b>2 punkt</b>				
	<b>LICZBA PUNKTÓW ŁĄCZNIE</b>				

**Podpisy Komisji**

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

**Suchedniów, dnia .....**