

.....
miejscowość, data

**Karta zakresu czynności w ramach usług opieki wytchnieniowej do Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- a) korzystanie z toalety ☐
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐
- c) czesanie ☐
- d) golenie ☐
- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐
- h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐
- i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐
- j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ☐
- k) ślanie łóżka i zmiana pościeli ☐

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐
- b) dokonywanie bieżących zakupów ☐
- c) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐
- d) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni ☐

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐

- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐
- e) pomoc podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) wyjście na spacer ☐
- b) załatwianie spraw urzędowych ☐
- c) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, ☐
- d) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐
- e) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Opis sytuacji (zdrowotnej, zawodowej, rodzinnej) członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością wpływającej na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis uczestnika Programu)