



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Data urodzenia:

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐,

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐,





- 3) zaburzenia psychiczne ☐,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- 1) czynności samoobsługowe. W tym utrzymanie higieny osobistej **Tak ☐/Nie ☐**
- 2) prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak ☐/Nie ☐**
- 3) przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak ☐/Nie ☐**
- 4) podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak ☐/Nie ☐**

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem
..... *

☐ w dniach
.....

III. Oświadczenia:

- 1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia





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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**

2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę *** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem *** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu





Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....

(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością))

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025:

2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym

**** Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności**

***** odpowiednie skreślić**





Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowano ze środków funduszu solidarnościowego w ramach Programu
"Polska wycieczniowa - edycja 2025" otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Dofinansowanie: 41 514,82 zł
całkowita wartość: 51 514,82 zł

