

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2026**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (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 wytchnieniowej:**

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

**III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:**

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak****/Nie**;
  2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak****/Nie**;
  3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak****/Nie**;
  4. inne: .....
- .....

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę, w tym 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):

.....

.....

.....

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę 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****/Nie**;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak****/Nie**.

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

.....

.....

.....

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

dzienna, miejsce wraz z adresem .....

całodobowa, miejsce wraz z adresem

za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411) tj.

.....\*

w godzinach .....

w dniach .....

#### V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(i) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej?

Tak  / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

#### VI. 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 2025 r. poz. 913) / ~~jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia 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 monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, 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 2026.

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 2026.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
- 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),
  - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj. zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.
6. **Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi .....** *(wpisać liczbę godzin/dób)* **godzin/dób usług opieki wytchnieniowej.**
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług 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 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) ośrodek wsparcia,
  - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - c) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
  - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
  - e) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - f) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny domu pomocy,
  - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - e) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
  - f) dla osoby pełnoletniej, placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
  - h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - i) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

\*\* do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

\*\*\* odpowiednie skreślić.

## Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (ue) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, Zleceniodawca informuje, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych Zleceniobiorcy jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lędzińska 24, 43-140 Lędziny reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – email: inspektor@odocn.pl, nr telefonu 602762036.
- 3) Celem przetwarzania danych osobowych Zleceniobiorcy jest realizacja Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026..
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów i statutowych zadań. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda Śląski i instytucja realizująca zadanie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikających z Rzecznego Wykazu Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach.
- 6) Zleceniobiorcy przysługuje prawo żądania dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
- 7) Dodatkowo, przysługuje prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne w celu realizacji programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości wzięcia udziału, w realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
- 9) Dane osobowe osób z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którymi członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu dane tych osób otrzymuje się od osoby ubiegającej się o przyznanie tej usługi. Są to dane określone w Karcie Zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w zakresie danych identyfikacyjnych, adresowych, stanu zdrowia.
- 10) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.

**Miejscowość ....., data .....**

.....

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

.....  
.....  
(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna sprawującego  
bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, adres zamieszkania)\*

## Oświadczenie

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć X właściwe):

członkiem rodziny (kim) .....

opiekunem osoby z niepełnosprawnością.....  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

oraz, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę na ww. osobą z niepełnosprawnością która (zaznaczyć właściwe):

- stale przebywa w domu  Tak  Nie
- korzysta z ośrodka wsparcia  Tak  Nie
- korzysta z placówki pobytu całodobowego  Tak  Nie
- korzysta z warsztatu terapii zajęciowej  Tak  Nie
- uczęszcza do szkoły lub placówki (o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. systemie oświaty Dz. U. z 2025r. poz. 881)  Tak  Nie
- uczy się lub studiuje  Tak  Nie
- korzysta z innych form wsparcia  Tak  Nie  
(jeśli tak, to jakich)

.....  
.....  
Oświadczam, że jako uczestnik Programu **zobowiązuje się o wszelkich zmianach** mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego dotyczących usług opieki wytchnieniowej) niezwłocznie **poinformować realizatora Programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łędzinach, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

Miejscowość ....., data .....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością\*

\*na potrzeby realizacji Programu za **członków rodziny** (tj. uczestnik programu) osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oaz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością

\*na potrzeby programu za **opiekuna osoby** (tj. uczestnik programu) z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu

Załącznik nr 2 do karty zgłoszenia do programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka  
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego - edycja 2026

**Kwestionariusz oceny potrzeb, stanu zdrowia, sytuacji życiowej osób ubiegających się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością) oraz osób z niepełnosprawnościami w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026**

- I. Poziom funkcjonowania, niezależności oraz potrzeby osoby z niepełnosprawnością, którą się Pan/i opiekuje w poniżej wymienionych obszarach (zaznaczyć **X** właściwe):
1. Spożywanie posiłków:
    - a. Osoba samodzielna
    - b. Osoba samodzielna częściowo (np. pomoc w przygotowaniu posiłków, krojeniu itp.)
    - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (np. nie jest w stanie samodzielnie jeść, wymaga karmienia lub odmawia albo nie pamięta o konieczności przyjmowania posiłków itp.)
  2. Przyjmowanie leków:
    - a. Osoba samodzielna
    - b. Osoba samodzielna częściowo (np. pomoc przy przygotowaniu leków, przypomnienie o konieczności przyjmowania leków itp.)
    - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (np. nie jest w stanie samodzielnie przyjąć leków, wymaga podania lub odmawia albo nie pamięta o konieczności przyjmowania leków)
  3. Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie):
    - a. Osoba samodzielna
    - b. Osoba samodzielna częściowo (wymaga pomocy osoby drugiej i/lub korzysta ze sprzętów wspomagających, może siedzieć itp.)
    - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (stałe przebywa w łóżku)
  4. Utrzymanie higieny osobistej (mycie, czesanie, ubieranie się itp.)
    - a. Osoba samodzielna
    - b. Osoba samodzielna częściowo (niewielka pomoc osoby drugiej przy wykonywaniu czynności)
    - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (wymaga pomocy)
  5. Potrzeby fizjologiczne:
    - a. Osoba samodzielna
    - b. Osoba samodzielna częściowo (niewielka pomoc przy wykonywaniu czynności osoby drugiej i/lub korzysta ze sprzętów wspomagających, środków pomocniczych itp.),
    - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (wymaga pomocy)
  6. Przemieszczanie się w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp.):
    - a. Osoba samodzielna,
    - b. Osoba samodzielna częściowo (wymaga pomocy osoby drugiej i/lub korzysta ze sprzętów wspomagających),

- c. Osoba całkowicie niesamodzielna (uzależniona od osoby drugiej i lub leżąca)
- 7. Prowadzenie gospodarstwa domowego (np. sprzątanie, płacenie rachunków, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych itp.):
  - a. Osoba samodzielna
  - b. Osoba samodzielna częściowo (niewielka pomoc osoby drugiej przy wykonywaniu czynności)
  - c. Osoba całkowicie niesamodzielna (nie wykonuje żadnych obowiązków domowych uzależniona od osoby drugiej)
- 8. Aktywność życiowa i komunikowanie się z otoczeniem (kontakt słowny):
  - a. Zachowany, odpowiada logicznie, jest zorientowany co do miejsca, czasu, i własnej osoby
  - b. Odpowiedź splątana, niezrozumiała, nie adekwatna, nie na temat
  - c. Brak odpowiedzi, reakcji na zadawane pytania
- 9. Inne: (nie dotyczy sytuacji materialnej i mieszkaniowej):
 

.....

.....

.....

II. Dodatkowe informacje:

1. Czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością?
 

Tak (nieaktywny zawodowo)     Nie (aktywny zawodowo)
2. Czy osoba z niepełnosprawnością ma przyznane wsparcie z Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2026?     Tak     Nie
3. Czy osoba z niepełnosprawnością ma przyznane świadczenie wspierające?     Tak     Nie

Miejscowość ....., data .....

.....

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*