Karta zgłoszenia do Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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 oponowo – 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☐**.

[1] Niniejszy załącznik do Regulaminu stanowi załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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)*:

……...

……...

……

……

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

☐ **dzienna,** miejsce wraz z adresem

……...

☐ **całodobowa,** miejsce wraz z adresem

……...

☐ w godzinach

……...

☐ w dniach

……...

IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej:

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / Nie ☐

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

……

V. 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 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 monitorowania przez gminę, która realizuje Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –

edycja 2025, 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,

   ☐ 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 Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi _____ *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. Oświadczam , że: *(wstawić x)*

   ☐ korzystam
   ☐ nie korzystam

   z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych.

   Jeżeli tak, to proszę podać z jakich_____
8. Oświadczam, że , że sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **która stale przebywa w domu:**

   ☐ Tak
   ☐ Nie

   osoba z niepełnosprawnością jest uczestnikiem/korzysta z usług: _____

   _____

   (należy wpisać np. WTZ, ŚDS lub inny ośrodek wsparcia, placówka pobytu całodobowego, szkoła)
9. W przypadku wskazania w dziale IV niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

Miejscowość ……., data ……...

.....

Podpis Kandydującego
tj. członka rodziny lub 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:

1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu dziennego**:

- za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu całodobowego**:

- placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,:

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

*** odpowiednie zaznaczyć.