

**Karta zgłoszenia do Programu
„OPIEKA WYTCHEINIOWA”
dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026**

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

1. NAZWISKO i IMIĘ:

.....

2. Adres zamieszkania (gmina / miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu / mieszkania)

.....
.....

3. Telefon kontaktowy:

4. Adres e-mail:

5.

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

6. Preferowana forma komunikacji: telefon , e-mail , poczta tradycyjna

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

1. NAZWISKO i IMIĘ:

.....

2. Adres zamieszkania (gmina / miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu / mieszkania)

.....
.....

3. Telefon kontaktowy:

4. Adres e-mail:

5.

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

Wiek w momencie składania zgłoszenia: lat

6. Czy ustanowiony został **opiekun prawny** – Tak /Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego NAZWISKO i IMIĘ

.....
oraz numer telefonu i adres e-mail:

7. Stopień / grupa niepełnosprawności wg. ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- do 16. roku życia
 znaczny
 inne:

- **Symbol przyczyny niepełnosprawności określony w Orzeczeniu:**
 - 01-U Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna).
 - 02-P Choroby psychiczne.
 - 03-I Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu.
 - 04-O Choroby narządu wzroku.
 - 05-R Upośledzenie narządu ruchu.
 - 06-E Epilepsja.
 - 07-S Choroby układu oddechowego i krążenia.
 - 08-T Choroby układu pokarmowego.
 - 09-M Choroby układu moczowo-płciowego.
 - 10-N Choroby neurologiczne.
 - 11-I Inne schorzenia, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego.
 - 12-C Całościowe zaburzenia rozwojowe.
- **Orzeczenie wydane na okres:**
 - na stałe
 - do dnia:
- **Numer Orzeczenia:**

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta 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 członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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 realizatora Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług opieki wytchnieniowej.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – 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 Organizacji Pozarządowych – 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 Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. W ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodzin, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – 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 Organizacji Pozarządowych – edycja 2026:
- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią pisemną zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) za uprzednią pisemną zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
 - 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią pisemną zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) prowadzona przez realizatora Programu placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na prowadzenie której realizator Programu uzyskał zgodę wojewody, wpisana do rejestru właściwego wojewody,
 - c) za uprzednią pisemną zgodą realizatora Programu, 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 zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

**** do Karty Zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego Orzeczenia o Stopniu Niepełnosprawności / o niepełnosprawności.**

******* odpowiednie skreślić.