



**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 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 wytnieniowej):

.....

.....

.....

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

..... \*

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... \*

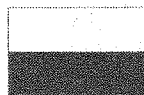
☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....





### III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi 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/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usługi opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / Nie ☐

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

### IV. 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 monitorowanie przez gminę/powiat, która/który 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

*Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*



Ministerstwo Rodziny  
Pracy i Polityki Społecznej



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 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III 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 wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

.....  
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny  
Pracy i Polityki Społecznej



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

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) ośrodek wsparcia,
  - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - c) 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 (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
  - 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 zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - f) za uprzednią 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 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) rodzinny domu pomocy,
  - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - e) 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,
  - f) 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 zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - i) za uprzednią 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 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.





Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki  
Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**

Realizując wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119.1) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej Administrator) jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą we Włocławku przy ul. Ogniovej 8/10, nr telefonu 54 423-23-00, adres e-mail: sekretariat@mopr.wloclawek.pl, w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować pod adresem Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniova 8/10, 87-800 Włocławek, mailowo: iod@mopr.wloclawek.pl. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu przyjęcia Państwa zgłoszenia do udziału w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i tym samym w celu realizacji Programu i wynikających z niego obowiązków, co jest zadaniem realizowanym w interesie publicznym. Podstawą przetwarzania Pani/ danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848).
4. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa np. Sąd, Policja, Prokuratura, inne jednostki administracji publicznej i samorządowej. Będą również przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta została umowa na świadczenie usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz mogą zostać przekazane podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu i Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, a także innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie zgodnym z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych, sprostowania swoich danych, do ograniczenia przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa w pkt 6. Realizacja w/w praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie Pani/ Pana danych, a także m. in. z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.
8. Z powyższych praw można skorzystać poprzez kontakt pisemny, za pomocą poczty tradycyjnej lub na skrzynkę e – doręczeń Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniova 8/10, 87-800 Włocławek.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne w związku z udziałem w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Niepodanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami spowoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, tj. dane osobowe konkretnej osoby nie będą analizowane w taki sposób, aby stworzyć dokładny opis jej preferencji i cech.

Włocławek, dnia .....

Czytelny podpis .....

*Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*



Ministerstwo Rodziny  
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego - edycja 2025

## **Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [iodo@mrpi.gov.pl](mailto:iodo@mrpi.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytnieniowej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz osób z niepełnosprawnościami: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu oraz w Karcie realizacji usług, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generатора Funduszu Solidarnościowego, w którym są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Włocławek, dnia .....

Czytelny podpis .....

Program „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny  
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 4 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym  
Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

**Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie  
„Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025, oraz oświadczam, że**

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego:
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. Oświadczam, że: ☐ korzystam ☐ nie korzystam, ze wsparcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w innej Instytucji.
4. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością: ☐ jest objęta ☐ nie jest objęta innymi formami usług, w szczególności:
  - ☐ usługi opiekuńcze,
  - ☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - ☐ usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego,
  - ☐ usługi finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
  - ☐ usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych, w tym z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych (jeśli korzysta, proszę wpisać nazwę organizacji) \_\_\_\_\_
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określonych w Regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest bezpłatny.
6. Oświadczam, że: ☐ zamieszkuję ☐ nie zamieszkuję, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, nad którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej.
7. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego ☐ tak ☐ nie
8. Oświadczam, że ☐ posiadam ☐ nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego ( **w przypadku legitymowania się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności bądź równoważnym, proszę dołączyć kserokopię ww. dokumentu**)
9. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę: ☐ korzysta ☐ nie korzysta z:
  - ☐ ośrodka wsparcia,
  - ☐ placówek pobytu całodobowego,
  - ☐ środowiskowego domu samopomocy,
  - ☐ dziennego domu pomocy,







☐ warsztatu terapii zajęciowej.

10. Oświadczam, że sprawuję opiekę nad więcej niż jedną osobą z orzeczoną niepełnosprawnością co najmniej w stopniu umiarkowanym lub więcej niż jednym dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością ☐ tak ☐ nie.

11. Oświadczam, że jestem osobą samotnie wychowującą dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością, na które ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej ☐ tak ☐ nie

10. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej.

**Jednocześnie zobowiązuję się do :**

1. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu.
3. Przestrzegania zasad Regulaminu Programu.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.

Włocławek, dnia.....

.....  
podpis opiekuna/członka rodziny osoby z niepełnosprawnością





Załącznik nr 5 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym  
Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

**Kwestionariusz oceny stanu zdrowia i sytuacji życiowej osób ubiegających się o przyznanie usługi opieki  
wytnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością) do Programu „Opieka wytnieniowa” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz osób z niepełnosprawnościami.**

Poniższa ocena stanowi uzupełnienie do Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i przedstawia poziom trudności i zaangażowania Pani /Pana w zakresie czynności, związanych z pełnieniem bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością. Przedstawiony przez Panią/Pana poziom obciążenia pozwoli Realizatorowi Programu na ocenę stanu zdrowia i sytuacji życiowej osób ubiegających się o wsparcie do Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

Wypełniając kwestionariusz należy odnieść się do wszystkich pytań oraz zaznaczyć „x” przy jednej wybranej przez siebie odpowiedzi a, b, lub c.

Jak Pani/Pan ocenia poziom funkcjonowania, stopień niezależności oraz potrzeby osoby z niepełnosprawnością, którą się Pan/Pani stale opiekuje w poniżej wymienionych obszarach:

**1. Utrzymanie higieny osobistej (mycie, czesanie, ubieranie odzieży itp.)**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

**2. Odżywianie i przygotowywanie posiłków**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

**3. Realizacja potrzeb fizjologicznych**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

**4. Poruszanie się, przemieszczanie się w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby i/lub korzysta ze sprzętów ortopedycznych, wspomagających, pomocniczych ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

Program „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



**5. Realizacja podstawowych zadań z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego m.in. sprzątanie, płacenie rachunków, robienie zakupów, itp.**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej (osoba leżąca) ☐

**6. Zdolność dbania o własne zdrowie ( podawanie/przyjmowanie leków, korzystanie z placówek medycznych)**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

**7. Załatwianie spraw urzędowych**

- a. Osoba samodzielna ☐
- b. Osoba samodzielna częściowo wymaga pomocy drugiej osoby ☐
- c. Osoba całkowicie uzależniona od osoby drugiej ☐

Włocławek, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis)

