

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

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)		
Imię i nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
e-mail		
II. DANE DOTYCZĄCE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, W ZWIĄZKU Z OPIEKĄ NAD KTÓRĄ, CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN UBIEGA SIĘ O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ		
Imię i nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Adres zamieszkania		
Grupa/stopień niepełnosprawności		
Rodzaj niepełnosprawności	☐	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
	☐	dysfunkcja narządu wzroku



	☐	zaburzenia psychiczne
	☐	dysfunkcje o podłożu neurologicznym
	☐	dysfunkcja narządu mowy i słuchu
	☐	pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie	Tak ☐ /Nie ☐ ;	czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej
	Tak ☐ /Nie ☐ ;	prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie
	Tak ☐ /Nie ☐ ;	przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
	Tak ☐ /Nie ☐ ;	podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
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)		
Uczestniczę / nie uczestniczę do* *(niepotrzebne skreślić)	ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej itd. Jeżeli tak, to gdzie i w jakim wymiarze:	
III. PREFEROWANY WYMIAR ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ		
ilość dni w dniach		



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 2023 r. poz. 100, 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 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 opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 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 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 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.
7. 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 wytchnieniowej.

.....
Miejscowość.....
Data.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* nieodpowiednie skreślić

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

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Wrocław miasto spotkań



www.wroclaw.pl

Zadanie jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz środków Gminy Wrocław.

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie (MOPS)

Czy osoba korzysta z innych form wsparcia w MOPS? – wypełnia pracownik socjalny

Tak ☐ / Nie ☐ , Jeżeli **Tak**, proszę wskazać z jakich

.....
Podpis pracownika socjalnego

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wychnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Wrocław miasto spotkań



www.wroclaw.pl

Zadanie jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz środków Gminy Wrocław.