



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

**Karta zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa,”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025  
finansowanego ze środków  
Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia; .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....E-mail: .....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą 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   | Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> |
| 2. czynności pielęgnacyjne   | Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> |
| 3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych   | Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> |
| 4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania                    | Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> |
| 5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem | Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> |

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

## II. Całodobowa opieka wytchnieniowa:

miejsce

.....\*

w dniach

.....

## III. Oświadczenie:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna 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. \*\*

2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usługi opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam na kontrole i monitorowania przez realizatora 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” – edycja 2025.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. O pomocy społecznej (Dz.U. z2021r. Poz2268, późn.zm.),inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę / nie uczestniczę\*\* w innym Programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym Programie Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami. W ramach innego programu przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin ) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(podpis osoby, opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024:

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

\*\*\* odpowiednie skreślić