



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Deklaracja uczestnictwa dla członka rodziny / opiekuna osoby z niepełnosprawnością w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

1.DANE WNIOSKODAWCY (członek rodziny / opiekun):

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania: kod pocztowy, ulica i nr domu:

.....

Telefon kontaktowy:

- Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością

TAK / NIE *

- Sprawuję bezpośrednią, stałą opiekę nad osobą z niepełnosprawnością

TAK / NIE *

- Wykonywana aktywność (nieprawidłowe skreślić)

zawodowa / uczę się / studiuję / brak aktywności

- Brak możliwości podjęcia zatrudnienia

TAK / NIE *

Jeśli tak, z jakiego powodu:

.....

2. Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

PESEL :

Wiek: lat

- Orzeczenie o niepełnosprawności:

TAK / NIE *

- Stopień niepełnosprawności lub rodzaj orzeczenia:
- Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego:

TAK / NIE *

- Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga pomocy w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej):

TAK / NIE *

- Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się samodzielnie czy przy pomocy : balkonika, innych osób, wózka inwalidzkiego:

TAK / NIE *

- Czy osoba z niepełnosprawnością przemieszcza się samodzielnie poza miejsce zamieszkania :

TAK / NIE *

- Czy osoba z niepełnosprawnością potrafi się komunikować :

TAK / NIE *

- Czy osoba jest ubezwłasnowolniona

TAK / NIE *

Jeśli tak , imię i nazwisko opiekuna prawnego :

- Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z ośrodka wsparcia, placówki całodobowej, Warsztatów Terapii Zajęciowej , DPS, ŚDS, szkoły i placówki o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, inne jakie):

TAK / NIE *

Jeśli tak, jakie:

Wnioskuję o usługi opieki wytchnieniowej w ramach:

- ☐ pobytu dziennego
- ☐ pobytu całodobowego

Oświadczenia wnioskodawcy:

Oświadczam, iż podane informacje są zgodne z prawdą.

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
- ☐ Zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026.
- ☐ Niniejszym deklaruję chęć udziału w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

* nieprawidłowe skreślić