**Chęć uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

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

Imię i nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

……………………………………..…………………………………………………………

Telefon:

………………………………………………………………………………………………..

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 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☐.

**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 opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia,
z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r.o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak☐/Nie☐**;

2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak☐/Nie☐.**

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

………………………………………………………………………………………….…………..………………………………………

**IV. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

…………………………………………………………………………………………………

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

…………………………………………………………………………………………………
☐ w godzinach

…………………………………………………………………………………………………

☐ w dniach

…………………….……………………………………………………………………………

**V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej**

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby
z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną 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 2026, usług opieki wytchnieniowej? **Tak ☐ / Nie ☐**

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

………………………………………………………………………………………….…………..……

**Jestem świadomy/a, że chęć udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 nie jest równoznaczna
z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie**

Miejscowość …………………………………………, data ……………………………..………………

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

……………………………………………………

 *Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*