



Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji i rekrutacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mragowie.

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (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 wychnieniowej:

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 ☐;



Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

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 wychnieniowej):

.....

.....

.....

.....

.....



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

.....
.....

VI. 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 2025 r. poz. 913) / 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 monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, 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 2026.
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 2026.



Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
- 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),
 - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj. zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób usług
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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



Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - 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 pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny dom pomocy,
 - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - f) dla osoby pełnoletniej, placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 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,



Program „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

- h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
- i) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

*** odpowiednie skreślić.



Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 2 do Regulaminu realizacji i rekrutacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 „RODO”) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 5A/12, 11-700 Mrągowo, reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, w następujący sposób:
 - a) pod adresem poczty elektronicznej: iod@gops.mragowo.pl
 - b) telefonicznie: 517-109-217.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie na **potrzeby realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa”-edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.**
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których administratorem jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być pozyskiwane od podmiotów zobowiązanych przepisami prawa do udzielenia informacji na żądanie.
7. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego Pani/Pana dane zostały zebrane będą przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres ustalony w Instrukcji Kancelaryjnej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie.
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora:
 - 1) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - 2) sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych,
 - 3) usunięcia swoich danych osobowych,
 - 4) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - 5) przenoszenia swoich danych osobowych,
 - 6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych,
9. Jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu



Program „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie,
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenia Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2026.

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/-łem się z treścią klauzuli informacyjnej dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 3 do Regulaminu realizacji i rekrutacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU
WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.

i sprawuję nad nią bezpośrednią, całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

¹ Niepotrzebne skreślić



Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 4 do Regulaminu realizacji i rekrutacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

**Oświadczenie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością ubiegającego się
o przyznanie usługi opieki wychnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa”- edycja 2026**

Imię i nazwisko Kandydata do Programu

Adres zamieszkania

I. Oświadczam, że:

	TAK*	NIE*
1.Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym oraz sprawuję bezpośrednią opiekę nad..... (Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)		
2.Zamieszkuję wraz z osobą z niepełnosprawnością na terenie Gminy Mrągowo.		
3.Sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913)		
4.Osoba, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i <u>nie korzysta</u> z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkół i placówek, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2025r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje.		
5.Jestem aktywna/y zawodowo.		
6.Jestem nieaktywna/y zawodowo ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.		
7.Otrzymuje świadczenie pielęgnacyjne z tytułu opieki nad osobą z niepełnosprawnością.		
8. Korzystałam/łem ze wsparcia w ramach wcześniejszych edycji Programu „Opieka wychnieniowa”		
Opieka wychnieniowa- edycja 2023		
Opieka wychnieniowa- edycja 2024		
Opieka wychnieniowa- edycja 2025		
9. Osoba nad którą sprawuje opiekę korzysta z usług asystencji osobistej przyznanych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 Proszę podać limit godzin oraz nazwę realizatora programu:		
10. Osoba nad którą sprawuje opiekę <u>nie korzysta</u> z usług asystencji osobistej		



Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

przyznanych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026		
---	--	--

II. Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje opiekę

Kryterium	Opis poziomu	Poziom*
1. Samodzielność w poruszaniu się	Brak samodzielności	
	Ograniczona samodzielność	
	Częściowa samodzielność	
	Pełna samodzielność	
2. Samodzielność w komunikowaniu się	Brak możliwości komunikacji	
	Znaczne trudności	
	Umiarkowane trudności	
	Samodzielna komunikacja	
3. Higiena osobista	Pełna zależność	
	Częściowa zależność	
	Niewielka pomoc	
	Samodzielność	
4. Ubieranie się	Pełna zależność	
	Częściowa zależność	
	Niewielka pomoc	
	Samodzielność	
5. Spożywanie posiłków	Karmienie przez opiekuna	
	Pomoc przy jedzeniu	
	Samodzielne jedzenie z niewielką pomocą	
	Pełna samodzielność	
6. Myślenie, pamięć i orientacja	Znaczne zaburzenia	
	Umiarkowane zaburzenia	
	Niewielkie trudności	
	Prawidłowe funkcjonowanie	



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Oświadczam, że „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*Należy zaznaczyć właściwe pole wyboru.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 5 do Regulaminu realizacji i rekrutacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres zamieszkania

**DEKLARACJA WYBORU OPIEKUNA
do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Oświadczam, że wybrałem/wybrałam Panią/Pana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

.....
Imię i nazwisko wybranej osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej

Nr telefonu

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Opiekun zgodnie z Programem:

- Nie jest dla osoby z niepełnosprawnością członkiem rodziny.*
- Nie jest dla osoby z niepełnosprawnością opiekunem.**
- Ma odpowiednią wiedzę i jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej.

* Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

** Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art.5 i art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

Akceptuję wybór w/w Opiekuna i poświadczam jego przygotowanie do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie