



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



**Karta zgłoszenia do Programu pn. *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:

.....

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 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 oponowa – 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)<sup>1</sup>:

.....



.....  
.....

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 z późn. zm.), nie uczy się lub nie studiuje?

**Tak**  / **Nie** ;

2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujących 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<sup>2</sup>

.....

w godzinach

.....



w dniach

.....

**V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu  
dziennego**

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 zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana/Panią 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 z późn. zm.)/jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności<sup>3</sup>.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program pn. *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 pn. *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 pn. *Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*.
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 usług 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 z późn. zm.);
  - 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<sup>4</sup> bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem<sup>4</sup> w Programie pn. *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 pn. *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 opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu pn. *Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego* – edycja 2026 osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

.....  
*podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej (powyższe nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu)

.....  
*podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*

<sup>1</sup>W zakresie komunikowania się np.:

- czy mówi,
- czy rozumie polecenia,
- czy komunikuje potrzeby.

W zakresie poruszania się np.:

- czy chodzi samodzielnie,
- czy używa sprzętu (np. balkonik, wózek, kule),
- czy wymaga asekuracji lub pomocy osoby trzeciej.

W zakresie funkcjonowania poznawczego i orientacji np.:

- czy jest zorientowana w czasie i miejscu,
- czy wymaga stałego nadzoru.

<sup>2</sup> Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu pn. *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 zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- f) za uprzednią 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.).

<sup>3</sup> do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności (oryginał orzeczenia do wglądu).

<sup>4</sup> odpowiednie skreślić.