

**REGULAMIN OKREŚLAJĄCY ZASADY REALIZACJI PROGRAMU  
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO –  
EDYCJA 2026**

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Program „Opieka Wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwany dalej „Programem” realizowany jest przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach na podstawie zawartej pomiędzy MiG Szamotuły a Wojewodą Wielkopolskim umowy w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2026 roku środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem” na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.
2. Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu „Opieka Wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
3. Program jest skierowany do mieszkańców miasta i gminy Szamotuły, będzie realizowany od momentu podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2026 r.
4. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
  - a) osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi
  - b) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności
5. Użyte w treści Regulaminie określenia:
  - a) Uczestnik Programu – Osoba, która złożyła Kartę zgłoszenia wraz z wymaganymi dokumentami i została zakwalifikowana do udziału w Programie „Opieka Wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026.
  - b) Opiekun osoby z niepełnosprawnością – oznacza osobę sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną – bez względu na stopień pokrewieństwa
  - c) Opiekun – osoba, z którą została zawarta umowa o świadczenie usług Opieki Wytechnieniowej
6. Pierwszeństwo korzystania z usług mają:
  - członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący na co dzień opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami dorosłymi niepełnosprawnymi w stopniu znacznym:
    - a) z niepełnosprawnościami sprzężonymi/złożonymi
    - b) które stale przebywają w domu i nie korzystają np. z ośrodków wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących
  - nieaktywni zawodowo członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością.
7. Aby ubiegać się o przystąpienie do Programu niezbędne jest przedłożenie przez członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:
  - a) Karty zgłoszenia,
  - b) oświadczenia RODO – MRPiPS oraz OPS
  - c) dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osoby, która ma być objęta usługami (orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub orzeczenie równoważne);
  - d) pozostałych załączników do niniejszego Regulaminu z §6 od 4 pkt do 10 pkt

\* Karta zgłoszenia wraz z pozostałymi dokumentami dostępna jest na stronie internetowej [ops.szamotuly.pl](https://ops.szamotuly.pl) w zakładce **OPIEKA WYTCHNIENIOWA**, a także w wersji papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Szamotułach, Plac Sienkiewicza 20.

8. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Programu.

9. Zgłoszenia do Programu będą przyjmowane w okresie wskazanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach, do momentu zapewnienia limitu uczestników.

10. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje:

- a) ocena stanu funkcjonowania, występowanie niepełnosprawności sprzężonych i potrzeba wysokiego poziomu wsparcia dla osoby/dziecka z niepełnosprawnością, stałe przebywanie w domu
- b) ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby/dziecka z niepełnosprawnością.

Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie w kontekście sytuacji osoby niepełnosprawnej i członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, tj. skali niepełnosprawności, samodzielności osoby niepełnosprawnej, aktywności zawodowej uczestnika oraz konieczności zapewnienia wsparcia opiekuna i osiągnięcia celu Programu, w oparciu o złożone dokumenty oraz wywiad środowiskowy, przeprowadzony przez pracownika socjalnego.

Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:

- członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodków wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących,
- nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością.
- osób, które nie korzystają z innych programów świadczących podobną pomoc (m.in. AOON).

11. Osoby, którym nie przyznano usługi z powodu wykorzystania limitu uczestników lub środków, zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej. W przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy pomimo przyznania usług osobom z listy rezerwowej nadal będą wolne miejsca do udziału w Programie, Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach ogłosi nabór uzupełniający do Programu.

12. Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach poinformuje pisemnie, elektronicznie lub telefonicznie o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej lub o odmowie jej przyznania.

13. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć:

- a) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub za zgodą Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
- b) osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu, lub
- c) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.
- d) W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane są także:
  - zaświadczenie o niekaralności (informacja z Krajowego Rejestru Karnego),
  - pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru.
  - pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej, przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

\* W przypadku osoby posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, osoba ta zobligowana jest do złożenia:

- informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi;

- oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

14. Nie jest dopuszczalnym świadczenie usług opieki wytchnieniowej przez:

- a) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością- tj. wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu
- b) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością
- c) opiekuna prawnego osoby z niepełnosprawnością,
- d) osoby faktycznie zamieszkującej z osobą z niepełnosprawnością.

13. Realizując usługi opieki wytchnieniowej Opiekun kieruje się poniższymi zasadami:

- a) akceptacji – opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych,
- b) indywidualizacji – podmiotowego podejścia do osoby niepełnosprawnej,
- c) poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika, bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
- d) prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
- e) neutralności - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi asystenckie realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez asystentów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.
- f) dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta.

## **§ 2**

### **Zakres usług opieki wytchnieniowej**

1. Celem opieki wytchnieniowej jest:

- a) czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację;
- b) wzmocnienie osobistego potencjału oraz ograniczenie wpływu obciążeń psychofizycznych związanych ze sprawowaniem opieki poprzez wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne;
- c) podniesienie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej poprzez naukę technik wspomaganie, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz objęcie specjalistycznym poradnictwem w zakresie: psychologicznych i społecznych aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, zagadnień profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

2. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach w ramach Programu mogą być świadczone w formie:

- a) usług w miejscu zamieszkania,
- b) pobytu w domu pomocy społecznej/placówce zapewniającej całodobową opiekę/rodzinnym domu pomocy.

3. Miejsce zamieszkania i zakres usług określa członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością w Karcie zgłoszenia do Programu.

4. W szczególności w ramach opieki wytchnieniowej „Opiekun”:

- a) zapewnia opiekę nad osobą niepełnosprawną w czasie nieobecności członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- b) organizuje: wyjście na spacer, do placówki zdrowia, sklepu, zajęcia edukacyjne i rekreacyjne,
- c) doprowadza do i z ośrodka wsparcia, ośrodka edukacyjno – rehabilitacyjnego w czasie choroby opiekuna faktycznego,
- d) wykonuje niezbędne czynności pielęgnacyjne i higieniczne (np. pomoc w skorzystaniu z toalety, asystowanie przy przejściu odbiorcy na wózek/fotel, przygotowanie i podanie drobnego posiłku lub napoju).

5. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

6. Opiekunowie nie świadczą i nie wykonują żadnych czynności medycznych, takich jak cewnikowanie, zmiana opatrunków itp., gdyż czynności te są realizowane przez osoby wykonujące zawody medyczne.

### **§ 3**

#### **Ramy czasowe realizacji usług opiekuńczych**

1. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane są przez 7 dni w tygodniu (od poniedziałku do niedzieli):  
a) w przypadku opieki dziennej: w godzinach od 6.00 do 22.00 (maksymalnie 12 godzin dziennie);  
b) w przypadku opieki całodobowej: w godzinach od 22.00 do 6.00 (co najmniej 12 godzin) i musi obejmować nocleg osoby z niepełnosprawnością.

2. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej, przypadających na 1 uczestnika w okresie realizacji Programu, wynosi:

- a) w przypadku opieki dziennej: nie więcej niż 240 godzin
- b) w przypadku opieki całodobowej: nie więcej niż 14 dób

3. W przypadku rezygnacji ze świadczenia usług, uczestnik jest zobowiązany w formie pisemnej poinformować o tym niezwłocznie realizatora programu.

4. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku np. sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) uczestnik jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora na przynajmniej 6 godzin przed planowanym rozpoczęciem usługi. W przypadku kiedy uczestnik nie poinformuje realizatora o czasowym zawieszeniu usług, a 3 kolejne wizyty opiekuna w miejscu realizacji usługi nie odbędą się z winy uczestnika, realizator Programu wykreśla odbiorcę usługi z listy uczestników.

5. Uczestnik Programu nie ponosi żadnej odpłatności za świadczone usługi. Pokrywa jednak koszty związane bezpośrednio z realizacją potrzeb osoby niepełnosprawnej i ich opiekunów (np. zakup żywności, środków ochrony osobistej, środków do pielęgnacji, przejazdów środkami komunikacji miejskiej lub własnym samochodem opiekuna).

6. Usługi opieki wytchnieniowej będą realizowane do 15 grudnia 2026 r.

### **§ 4**

#### **Informacje dodatkowe**

1. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora projektu na podstawie umowy – zlecenia, zawartej z Opiekunem oraz na podstawie Karty realizacji usług w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Karta realizacji usług dostarczana jest przez „Opiekuna” do Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach do 7 dnia każdego kolejnego miesiąca, z wyłączeniem miesiąca grudnia 2026, w którym ustala się ostateczny termin przedłożenia Karty realizacji na dzień 15.12.2026 r.

2. Uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie realizacji usług Programu.

3. Opiekun nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych odbiorcy usługi w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi opieki wytchnieniowej.

4. Uczestnik Programu ma obowiązek traktowania Opiekuna z szacunkiem.

5. Uczestnik Programu nie może wymagać od Opiekuna świadczenia usług innych, niż określone w Karcie zgłoszenia i zgodnych z celami Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

6. Uczestnik Programu ma prawo żądania zmiany opiekuna, jeżeli opiekun wykonuje usługi w sposób nierzetelny, nieterminowy, w istotny sposób narusza zasady współżycia społecznego, działa na szkodę osoby niepełnosprawnej, która pozostaje pod jego opieką lub uczestnika Programu.

## **§ 5**

### **Postanowienia końcowe**

1. Niniejszy regulamin obowiązuje przez czas trwania projektu.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję, co do rozstrzygnięcia podejmuje Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach.
3. W uzasadnionych przypadkach, Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania go przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
6. Regulamin dostępny jest w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach oraz na stronie internetowej [www.ops.szamotuly.pl](http://www.ops.szamotuly.pl) zarówno w trakcie trwania Programu, jak i po jego ustaniu.
7. Uczestnik oraz osoba fizyczna realizująca usługę opieki wytchnieniowej przystępując do Programu, wyraża jednocześnie zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz rozporządzenie 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).

## **§ 6**

### **Wykaz załączników do Regulaminu**

- 1) Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026
- 2) RODO MRPiPS
- 3) RODO OPS
- 4) Oświadczenie Uczestnika
- 5) Oświadczenie Uczestnika - ocena indywidualnej oceny sytuacji Uczestnika
- 6) Wniosek dot. określenia liczby dób sprawowanej opieki – opieka całodobowa
- 7) Wniosek dot. określenia liczby godzin sprawowanej opieki – opieka dzienna
- 8) Akceptacja osoby do opieki nad dzieckiem w wieku od ukończenia 2 r. ż. do ukończenia 16 r. ż.
- 9) Akceptacja osoby wskazanej przez Uczestnika
- 10) Akceptacja osoby do opieki wskazanej przez Realizatora
- 11) Karta realizacji usługi
- 12) Oświadczenie kandydata do zatrudnienia

**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

Załącznik nr 7 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki  
Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa” dla  
Jednostek Samorządu  
Terytorialnego - edycja 2026

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „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 mózgowie; 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 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.
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 opieki wytchnieniowej.
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*

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 domu 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,
  - 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.

Załącznik nr 11 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

**Klauzula informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników urzędów gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Zgodnie z art. 13 i 14 ust. 1 i 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną - adres email: [iodo@mrips.gov.pl](mailto:iodo@mrips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

**Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

**Kategoria osób**

Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

**Źródło pozyskania danych osobowych**

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018

- r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
  - art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
  - art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generatora Funduszu Solidarnościowego tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl>, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
  - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

.....  
Data, podpis

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 13 i art.14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach, ul. Plac Sienkiewicza 20, 64-500 Szamotułach tel. 61 29 23787, e-mail ops@szamotuly.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [inspektor@bezpieczne-dane.eu](mailto:inspektor@bezpieczne-dane.eu)
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848)
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wytchnieniowego.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotuły, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodę Wielkopolskiego m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.<sup>1)</sup>
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).

---

<sup>1)</sup> W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny Pracy i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, Gmina ..... – ..... Ośrodek Pomocy Społecznej w ..... zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 11 do programu.

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

.....

**Data, podpis**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

### Uczestnika (członka rodziny/opiekuna dziecka/osoby z niepełnosprawnością) Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
- Jestem członkiem rodziny/ opiekunem<sup>2</sup>

.....  
*Imię i nazwisko dziecka/osoby z niepełnosprawnością*

Zamieszkuję z ww. dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością we wspólnym gospodarstwie domowym

Sprawuję nad ww. dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością bezpośrednią, całodobową opiekę

Dziecko/osoba z niepełnosprawnością:

- **korzysta/nie korzysta**<sup>1</sup> z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, z placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.....

*Nazwa ośrodka/placówki*

- **uczy się/nie uczy się**<sup>1</sup>.....

*Nazwa placówki*

- **studiuje/nie studiuje**<sup>1</sup>.....

*Nazwa placówki*

- **korzysta/nie korzysta**<sup>1</sup> z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych lub usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego albo przez PFRON

- **korzysta/nie korzysta**<sup>1</sup> z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług asystencji osobistej.

Jestem **aktywny zawodowo/nieaktywny zawodowo**<sup>1</sup> (ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością/przebywam na emeryturze/rencie)

---

<sup>2</sup> Właściwe zaznaczyć

Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu

Solidarnościowego

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 i 6 kk)<sup>3</sup>.

Zostałem/-am **zobowiązany/-a do poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach** o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....  
**Podpis Uczestnika Programu**

---

<sup>3</sup> Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Uczestnika (członka rodziny/opiekuna dziecka/osoby z niepełnosprawnością) Programu  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

### Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

1. Dziecko/osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę:

**a) posiada:**

- orzeczenie o niepełnosprawności – **1 pkt.** (*dotyczy dzieci*)
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – **1 pkt**
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną - **2 pkt**
- 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – **1 pkt**

**b) wymaga pomocy w:**

- czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej) – **TAK<sup>4</sup> – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, ect. itp), **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem; **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**

**c) ma trudności w zakresie:**

- komunikowania się (np. wypowiedanie się, rozumienie); **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
- poruszania się:
  - porusza się za pomocą sprzętów ortopedycznych lub z pomocą drugiej osoby **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**
  - jest osobą leżącą **TAK – 2 pkt/NIE - 0 pkt**

---

<sup>4</sup> Właściwie zakreślić

d) 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 – 1 pkt /NIE - 0 pkt**

e) korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych; **TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**

f) brała udział w Programie „Opieka wytchnieniowa”/AOON – **edycja 2025; TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**

g) bierze udział w Programie AOON – **edycja 2026; TAK – 0 pkt /NIE - 1 pkt**

2. Jako członek rodziny/opiekun dziecka/osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością **jestem:**

a) nieaktywny/a zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością. **TAK – 1 pkt /NIE - 0 pkt**

b) osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu:

lekkim – **1 pkt**

umiarkowanym – **2 pkt**

znacznym – **3 pkt**

nie dotyczy – **0 pkt**

.....  
**Podpis Uczestnika**

**Programu**

## **POUCZENIE**

**Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)**

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

**Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z pouczeniem**

.....  
**Podpis Uczestnika Programu**

**Liczba uzyskanych punktów:.....**

**Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:.....**

**WNIOSEK O PRYZNANIE DZIENNEJ  
OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Ja, niżej podpisany/a .....

wnioskuje o przyznanie ..... godzin dziennej opieki w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Miejscowość ....., data.....

.....

podpis

**WNIOSEK O PRYZNANIE CAŁODOBOWEJ  
OPIEKI WYTCNIENIOWEJ**

Ja, niżej podpisany/a .....

wnioskuje o przyznanie ..... dób całodobowej opieki w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Miejscowość ....., data.....

.....

podpis

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA DZIECKA  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W WIEKU OD UKOŃCZENIA 2. ROKU  
ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA**

Ja, niżej podpisany/a .....  
Imię i nazwisko

wyrażam zgodę, aby Pan/Pani .....  
Imię i nazwisko

świadczył/a usługę opieki wytchnieniowej nad:

.....  
Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia

Tym samym potwierdzam, że Pan/i..... posiada kompetencje i umiejętności, które pozwolą na zapewnienie należytej opieki nad ww. dzieckiem z niepełnosprawnością.

.....  
*Miejscowość, data, podpis rodzica/opiekuna prawnego osoby małoletniej*

**POUCZENIE:**

**Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)**  
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem**

.....  
*(Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie)*

**Oświadczenie**  
**o wskazaniu osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej**  
**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –**  
**edycja 2026**

Ja niżej podpisany/podpisana .....,

zamieszkały/a .....

do realizacji usług opieki wytchnieniowej nad osobą z niepełnosprawnością **wskazuję osobę:**

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu .....

**Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:**

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Programu, na którego potrzeby realizacji za członków rodziny uczestnika 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,
- nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną i osobą z niepełnosprawnością;
- nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej
- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej,

**oraz mam świadomość**, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu tj. być osobą posiadającą dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub posiadającą co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.

.....  
(Miejscowość, Data, Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**POUCZENIE:**

Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem**

.....  
(Miejscowość, Data, Czytelny podpis składającego oświadczenie)

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....  
Imię i nazwisko

wyrażam zgodę, aby **wskazany/-a przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach,**

Pan/Pani .....  
Imię i nazwisko

świadczył/a usługę opieki wytchnieniowej nad:

.....  
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

Tym samym potwierdzam, że Pan/i..... posiada kompetencje i umiejętności, które pozwolą na zapewnienie należytej opieki nad ww. osobą z niepełnosprawnością.

.....  
*Miejscowość, data, podpis uczestnika Programu*

## POUCZENIE:

**Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)**  
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem

.....  
*(Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie)*

Załącznik nr 8 do  
Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i  
Polityki Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego - edycja  
2026

WZÓR

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

**IV. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

**V. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

**VI. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: diennej, całodobowej\*.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członek rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi ..... godzin;
- 2) całodobowej wynosi .....dób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

.....

*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

.....

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

**Oświadczenie**

**Kandydata do zatrudnienia jako osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej  
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2026**

Ja niżej  
podpisany/podpisana .....

zamieszkały/a .....

**oświadczam, że:**

- nie jestem członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu zapisów Programu, na którego potrzeby realizacji za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością,
- nie jestem opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością,
- nie jestem osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem i osobą z niepełnosprawnością;
- nie jestem uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej
- jestem przygotowana / przygotowany do świadczenia usług opieki wytchnieniowej
- mój stan zdrowia umożliwia mi świadczenie usług opieki wytchnieniowej.

.....  
(Miejscowość, Data, Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**POUCZENIE:**

Art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)  
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem**

.....  
(Miejscowość, Data, Czytelny podpis składającego oświadczenie)