

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2025**

**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
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak /Nie** ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak /Nie** ;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak /Nie** ;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak /Nie** .

Informacje na temat 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):

.....

.....

.....

## II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce wraz z adresem

..... \*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... \*

w godzinach

.....

w dniach

.....

### III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę 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(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak  / Nie

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

.....

### IV. 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 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/ 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 2025, 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 2025.

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 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne 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. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) ośrodek wsparcia,
  - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - c) 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 (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
  - 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 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) rodzinny domu pomocy,
  - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - e) 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,
  - f) 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 zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - i) 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 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, z administratorem można się kontaktować osobiście w siedzibie, pisemnie kierując pisma na adres administratora, na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14 lub elektroniczną skrzynkę podawczą /MOPSSosnowiec/SkrytkaESP.
1. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych:
  - w siedzibie MOPS w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33,
  - kierując pisma na adres administratora,
  - kierując pisma na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14,
  - kierując pisma na elektroniczną skrzynkę podawczą /MOPSSosnowiec/SkrytkaESP.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
3. 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, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.).
4. 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 wnioski.
5. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmiotom realizującym świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez MOPS Sosnowiec mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
7. 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.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie. Jeśli nie poda Pani/Pan danych osobowych nie będziemy mogli udzielić wsparcia przewidzianego w Programie.

**W ramach realizowanego Programu „ Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 uczestnikowi Programu przysługuje:**

1. Prawo do czasowego odciążenia od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki i zapewnienie czasu na odpoczynek oraz regenerację poprzez zapewnienie bezpłatnej opieki nad osobami/dziećmi z niepełnosprawnością dla członka rodziny lub opiekuna, który pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością i który sprawuje nad nią całodobową opiekę.
2. Limit **120** godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania uczestnika wraz z osobą z niepełnosprawnością do wykorzystania do dnia 14 grudnia 2025 roku.

Limit dotyczy również:

- więcej niż jednego członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością;
- członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością;
- więcej niż jednego członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

- Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością<sup>1)</sup>,
- Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00 – 22.00, nie więcej niż 12 godzin dziennie.
- Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługi przyznane w ramach Programu. Koszty realizacji opieki są współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach zadania publicznego.

Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością i wskutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.

Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością z uwzględnieniem jej stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

Uczestnik Programu ma prawo do samodzielnego wyboru osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej z zastrzeżeniem, że opieka nie może być świadczona przez członków rodziny<sup>2)</sup>, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące z uczestnikiem Programu.

---

<sup>1)</sup> W szczególnych przypadkach, gdy usługa opieki wytchnieniowej nie może lub nie powinna być wykonywana w tym samym czasie, za uprzednią zgodą realizatora Programu, usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością mogą być realizowane w innym czasie w odniesieniu do opieki wytchnieniowej sprawowanej nad każdą z osób z niepełnosprawnością z zachowaniem limitu godzinowego przyznanego łącznie dla uczestnika Programu.

<sup>2)</sup> 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

**W ramach realizowanego Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 uczestnik Programu zobowiązany jest do:**

- złożenia karty zgłoszeniowej wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby nad którą będzie sprawowana opieka;
- złożenia oświadczenia o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej w przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu;
- poinformowania Ośrodka o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, zmiana daty ważności orzeczenia o niepełnosprawności) nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany;
- w przypadku wyboru przez uczestnika osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej – złożenia oświadczenia, że wskazana osoba nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym i faktycznie nie zamieszkuje z uczestnikiem Programu;
- potwierdzanie własnoręcznym podpisem kart rozliczenia usług opieki wytchnieniowej uzupełnianej na bieżąco;
- bieżącego kontrolowania wykorzystanych godzin opieki wytchnieniowej aby nie przekroczyć przyznanego limitu;
- w przypadku zmiany opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej zgłoszenia tego faktu do Ośrodka drogą pisemną (9 oraz 10 strona karty zgłoszeniowej) aby kandydat został zatrudniony przez Ośrodek w formie umowy cywilno-prawnej przed rozpoczęciem realizacji usług opieki wytchnieniowej, przyznany limit godzin opieki wytchnieniowej dotyczy uczestnika Programu - w przypadku zmiany opiekuna liczony jest on po odjęciu już wykorzystanych wcześniej godzin.

.....

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

**Karta zgłoszenia kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie opieki dziennej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres zamieszkania: .....

**Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

**II. Oświadczenie:**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością w osobie Pani/Pan ..... nie jest członkiem mojej rodziny<sup>3)</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. Jednocześnie oświadczam, że powyższa osoba przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

**Dane kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością do Programu:**

Imię i nazwisko: .....

(proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

Telefon: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość ....., data .....

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

**III. Oświadczenie kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu:**

Potwierdzam, że zostałam/łem poinformowana/ny przez wyżej wymienionego uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu o przekazaniu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu moich danych osobowych (w zakresie: imię, nazwisko, telefon, data urodzenia, adres) jako kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna wraz z osobą z niepełnosprawnością w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.<sup>4)</sup>

<sup>3)</sup> 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

<sup>4)</sup> Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie BIP MOPS w Sosnowcu w zakładce Ochrona danych osobowych.



.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że osoba/dziecko z niepełnosprawnością nad którym sprawuję opiekę, stale przebywa w domu i nie korzysta/korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

2. Oświadczam, że jestem osobą niezatrudnioną/pracującą/uczącą się/studującą\*.

3. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej **nie można korzystać z:**

a) z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

b) z usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego;

c) z innych form pomocy usługowej finansowanych z innych źródeł.

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

5. Oświadczam, że osoba /dziecko z niepełnosprawnością nad którym sprawuję opiekę, obecnie korzysta/nie korzysta\* z następujących form wsparcia (właściwe proszę podkreślić):

- dzienny dom pomocy społecznej
- środowiskowy dom pomocy społecznej
- mieszkanie treningowe
- warsztaty terapii zajęciowej
- usługi opiekuńcze
- mieszkanie chronione
- dom pomocy społecznej
- hospicjum w formie stacjonarnej (całodobowej)
- specjalistyczne ośrodki wsparcia
- dom samopomocy społecznej/środowiskowy dom samopomocy
- inne (wskazać jakie?).....

\*niewłaściwe skreślić

.....  
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawności