

ZARZĄDZENIE NR ..244... /26
PREZYDENTA MIASTA BIAŁEGOSTOKU
z dnia2026 r.

w sprawie zatwierdzenia regulaminu rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 i 1436 oraz z 2026 r. poz. 252) oraz na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 zarządzam, co następuje:

§ 1.

Zatwierdzam Regulamin rekrutacji do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Zastępcy Prezydenta Miasta Białegostoku nadzorującemu Departament Spraw Społecznych, Dyrektorowi Departamentu Spraw Społecznych oraz Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.


WZ. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA



**REGULAMIN REKRUTACJI
DO PROGRAMU MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
„OPIEKA WYTCNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

Realizacja Programu będzie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego. Za udział w Programie Uczestnik nie ponosi odpłatności.

§ 1.

Słownik pojęć

1. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego (JST) – edycja 2026, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra.
2. **Minister** – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
3. **MOPR** – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok, przyznający usługi opieki wytchnieniowej.
4. **Regulamin** – regulamin rekrutacji Kandydatów do Programu prowadzonej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.
5. **Realizator Programu** – Miasto Białystok.
6. **Realizator usług** - organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy, wyłonione w otwartym konkursie ofert, zapewniające mieszkańcom Białegostoku usługi opieki wytchnieniowej.
7. **Kandydat** - osoba, która złożyła dokumenty rekrutacyjne, ale nie została jeszcze zakwalifikowana do udziału w Programie.
8. **Uczestnik** – odpowiednio członek rodziny lub opiekun/opiekunowie, któremu/ którym pisemną informacją Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku lub innej osoby upoważnionej przyznano usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu.
9. **Osoba z niepełnosprawnością/OzN** – dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności lub osoba legitymująca się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowanym 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.
10. **Opiekun** – członek rodziny lub opiekun/ opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę i zamieszkujący we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.

11. **Usługi opieki wytchnieniowej** – usługi świadczone w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością polegające na zapewnieniu okresowego wsparcia w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
12. **Członek rodziny** – wstępny oraz zstępny, krewny w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem Programu.
13. **Zespół** – Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług opieki wytchnieniowej powołany odrębnym zarządzeniem Dyrektora MOPR.

§ 2.

Informacje ogólne

1. Regulamin ustala zasady rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
2. Podstawę realizacji Programu stanowią warunki określone w Programie, ogłoszenie o naborze wniosków w ramach Programu, zaakceptowany przez Wojewodę Podlaskiego wniosek Miasta Białystok na środki finansowe z Programu oraz niniejszy Regulamin.
3. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami.
4. Zgodnie z wnioskiem/ aktualizacją wniosku Miasta Białystok na środki finansowe zaakceptowanym przez Wojewodę Podlaskiego usługi opieki wytchnieniowej zaplanowano w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
5. Usługa opieki wytchnieniowej, o której mowa w ust. 4 będzie realizowana po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Miasta Białystok.
6. Dyrektor MOPR, odrębnym zarządzeniem może powołać, składający się z pracowników zaangażowanych w realizację Programu, Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług opieki wytchnieniowej.
7. Liczba uczestników Programu jest ograniczona.
8. Usługi opieki wytchnieniowej świadczone będą do dnia 10.12.2026 r.

§ 3.

Adresaci Programu

1. Program jest kierowany do zamieszkujących na terenie Miasta Białystok członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności
 - lub
 - 2) osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem



traktowanym 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

- którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

2. Zgodnie z zaakceptowanym przez Wojewodę Podlaskiego wnioskiem/ aktualizacją wniosku Miasta Białystok, przewidziano objęcie usługami opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- 1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności – 16 osób – nie więcej niż 240 godzin na jednego Uczestnika Programu,

- 2) osobami legitymującymi znacznym stopniem niepełnosprawności – 28 osób – nie więcej niż 240 godzin na jednego Uczestnika Programu.

3. Limit, o którym mowa w ust. 2, dotyczy również:

- 1) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością,

- 2) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością,

- 3) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

4. Realizator Programu w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

- 1) członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która 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,

- 2) nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

5. Liczba osób oraz limit godzin może ulec zmianie ze względu na rozeznanie zwiększonych potrzeb zabezpieczenia usług opieki wytchnieniowej wnioskodawców spełniających kryteria zawarte w Programie oraz niniejszym Regulaminie.

§ 4.

Zasady rekrutacji i przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Rekrutacja do Programu oraz przyznanie usług opieki wytchnieniowej należą do

kompetencji Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Icchoka Malmeda 8.

2. Wykonanie przyznanych usług opieki wytchnieniowej należy do Realizatora usług, z którym Miasto Białystok zawarło umowę na zapewnienie mieszkańcom Białegostoku usług opieki wytchnieniowej.
3. **Ogłoszenie o naborze wraz z terminem przyjmowania zgłoszeń zostanie zamieszczone:**
 - 1) na stronie internetowej <https://www.mopr.bialystok.pl>,
 - 2) na tablicach ogłoszeń w siedzibie MOPR przy ulicy Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok oraz Urzędu Miejskiego w Białymstoku, przy ulicy Słonimskiej 1, 15-950 Białystok i innych lokalizacjach,
 - 3) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Białymstoku.
4. Dokumenty rekrutacyjne złożone przed i po terminie określonym w ust. 3 zostaną pozostawione bez rozpatrzenia.
5. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wyniki naboru Uczestników do Programu.
6. Dokumenty rekrutacyjne będą dostępne na stronie internetowej: www.mopr.bialystok.pl, w zakładce „Opieka wytchnieniowa” oraz papierowo w siedzibie MOPR ul. Malmeda 8.
7. Dokumenty będą przyjmowane w wybranej formie:
 - 1) w siedzibie MOPR przy ul. Malmeda Icchoka 8, kancelaria I piętro pokój nr 1: poniedziałek w godzinach 8:00-16:30, od wtorku do piątku godzinach 7:30-15:00,
 - 2) przesyłką pocztową na adres Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok,
 - 3) elektronicznie e-Doręczenia: AE:PL-84815-64281-TIUGR-21.
8. Komplet dokumentów stanowią:
 - 1) Karta zgłoszenia do Programu - załącznik nr 1 do Regulaminu,
 - 2) Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku - załącznik nr 2 do Regulaminu,
 - 3) Karta Praw i Obowiązków Uczestnika Programu - załącznik nr 3 do Regulaminu,
 - 4) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - umożliwiającego weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu),
 - 5) oryginał lub odpis pełnomocnictwa notarialnego lub kserokopia zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora (oryginał do wglądu) - jeżeli dotyczy.
9. Dokumenty rekrutacyjne muszą być podpisane:

1) w przypadku osoby dorosłej przez tę osobę lub jej pełnomocnika lub kuratora dla osoby niepełnosprawnej,

2) w przypadku osoby niepełnoletniej odpowiednio przez rodzica, opiekuna zastępczego lub opiekuna prawnego,

3) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo odpowiednio przez opiekuna prawnego lub kuratora.

10. W Karcie zgłoszenia do Programu Kandydat może wskazać osobę wykonującą usługi opieki wytchnieniowej (imię, nazwisko, numer telefonu) z zastrzeżeniem ust. 11.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 należy uwzględnić, iż usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby pełnoletnie niebędące:

1) członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością,

2) opiekunami osoby z niepełnosprawnością,

3) osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością.

12. Braki formalne w dokumentacji rekrutacyjnej (dokumentacja niekompletna lub niepodpisana) i nie uzupełnione w terminie wskazanym przez MOPR, spowodują pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

13. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług opieki wytchnieniowej.

14. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu będą weryfikowane przez pracowników MOPR w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

15. W przypadku uzasadnionej nieobecności członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością w jego miejscu zamieszkania, powodującej brak możliwości dokonania czynności wynikającej z ust. 14, w terminie 14 dni od dnia zakończenia naboru, Kandydat do Programu zostanie z urzędu wpisany na listę rezerwową.

16. O ustaniu przyczyn nieobecności w miejscu zamieszkania, Kandydat ma obowiązek niezwłocznie poinformować MOPR drogą pisemną, elektronicznie lub telefonicznie.

17. Brak możliwości dokonania czynności wynikającej z ust. 14, w terminie do dnia 30.10.2026r. spowoduje, iż Karta zgłoszenia do Programu zostanie pozostawiona bez rozpatrzenia.

18. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających z usługi opieki wytchnieniowej, Realizator Programu w pierwszej kolejności przyznaje usługi osobom wpisanym na listę rezerwową.

19. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.

20. Dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana w MOPR, zgodnie z obowiązującymi przepisami i nie podlega zwrotowi.

21. Rekrutacja zostanie przeprowadzona w następujących etapach:

1) składanie przez Kandydatów dokumentów rekrutacyjnych do Programu,

2) ocena formalna i merytoryczna (weryfikacja kompletności dokumentacji),

3) ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością (zbadanie/ weryfikacja):

- a) potrzeb osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę, takich jak: czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej), przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu itp.), podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem;
- b) 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;
- c) weryfikacji w zakresie:

- 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,
- 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.

4) posiedzenie Zespołu/ ustalenie listy głównej Uczestników – osób zakwalifikowanych do udziału w Programie/ ustalenie listy rezerwowej Uczestników – w przypadku rezygnacji z udziału w Programie lub niewykorzystania przyznanych godzin usług opieki wytchnieniowej przez Uczestnika, na jego miejsce może zostać zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej pod warunkami określonymi w Programie/ ustalenie liczby osób niezakwalifikowanych do Programu,

5) poinformowanie Kandydatów w formie pisemnej o wynikach naboru tj. przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej wraz z formą jej świadczenia, wymiarze wsparcia oraz o przysługujących prawach i obowiązkach, albo w przypadku braku możliwości przyznania usługi – o wpisaniu na listę rezerwową bądź odmowie wraz z uzasadnieniem,

6) kontakt Realizatora usług z poszczególnymi Uczestnikami, którym przyznano usługi opieki wytchnieniowej.

22. Uczestnikowi Programu może być przyznana mniejsza liczba godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu w związku z dokonaniem oceny indywidualnej sytuacji Uczestnika.

23. Kandydatowi do Programu może zostać odmówione przyznanie usługi opieki wytchnieniowej z uwagi na korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej albo asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej albo usług

finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o ile obejmują analogiczne do opieki wytchnieniowej wsparcie.

24. Kandydat jest zobowiązany do poinformowania w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby niepełnosprawnej, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej albo usług finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o ile obejmują analogiczne do opieki wytchnieniowej wsparcie).

§ 5.

Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik ma prawo w każdej chwili zrezygnować z udziału w Programie.
2. Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie jest zobowiązany niezwłocznie w formie pisemnej lub elektronicznej poinformować o tym MOPR i Realizatora usług wskazując datę zakończenia usługi.
3. Opiekun osoby z niepełnosprawnością ma obowiązek informowania o wszelkich sytuacjach mających wpływ na realizację usług, w szczególności o:
 - 1) konieczności zawieszenia realizacji usługi (np. umieszczenia osoby z niepełnosprawnością w DPS),
 - 2) nieprawidłowo realizowanej usłudze,
 - 3) nieuzasadnionej nieobecności opiekuna świadczącego usługę,
 - 4) utracie uprawnień do korzystania z usług opieki wytchnieniowej,
 - 5) korzystania z usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych Programów.

§ 6.

Postanowienia końcowe

1. Zastrzega się prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostatecznie decyduje Dyrektor MOPR.

Załączniki do Regulaminu:

1. Załącznik Nr 1 - Karta zgłoszenia do Programu
2. Załącznik Nr 2 - Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku
3. Załącznik Nr 3 – Karta Praw i Obowiązków Uczestnika Programu
4. Załącznik Nr 4 – Formularz wywiadu w domu Kandydata na potrzeby realizacji Programu (wypełnia pracownik MOPR)

WE. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA



**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 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 z późn. zm.), 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 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 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 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*** 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