

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2026 w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji uczestników do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 dla mieszkańców Starogardu Gdańskiego.
2. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, o którym mowa w ustawie z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.
3. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.
4. Realizatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim.
5. Program realizowany będzie do 31 grudnia 2026 r., z zastrzeżeniem, że usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone do dnia 17 grudnia 2026 r.

§ 2. Warunki uczestnictwa

1. Usługi opieki wytchnieniowej będą przyznawane i realizowane zgodnie z zapisami Programu.
2. Adresatami Programu są członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
 - 2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

3. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.
4. 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, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
5. Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności, w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka.
6. Aktywność zawodowa, nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.
7. Udział w Programie jest bezpłatny.
8. Program realizowany jest w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością za uprzednią pisemną zgodą Realizatora lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności za uprzednią pisemną zgodą Realizatora.
9. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona. Zakwalifikowanie do Programu zależy od spełnienia kryteriów oraz dostępnych środków.
10. Liczba godzin jest ograniczona wysokością środków przyznanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

§ 3. Zasady rekrutacji uczestników Programu

1. Informacja na temat ogłoszonej rekrutacji zostanie zamieszczona na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim oraz wywieszona w siedzibie Ośrodka.
2. Rekrutacja prowadzona będzie w terminie: **od 3 marca 2026 r. do 23 marca 2026 r.**
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć:
 - 1) w formie papierowej: w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim, Al. Jana Pawła II 6, punkt obsługi klienta – wejście A w godzinach od 8.00 do 15.00 od poniedziałku do czwartku oraz w godzinach od 8.00 do 13.30 w piątki.
 - 2) korespondencyjnie na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim, Al. Jana Pawła II 6, 83-200 Starogard Gdański.
 - 3) elektronicznie na adres skrzynki e-doręczeń Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim – dokumenty muszą być opatrzone podpisem elektronicznym lub potwierdzone Profilem Zaufanym.
4. Wymagane dokumenty:
 - 1) wypełniona **Karta zgłoszenia do Programu** (Załącznik nr 1 do Regulaminu);
 - 2) kserokopia orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 3) kserokopia orzeczenia ze wskazaniem 7 i 8 (dotyczy osób niepełnoletnich);
 - 4) kserokopia orzeczenia traktowanego na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 5) oświadczenie członka rodziny lub opiekuna o sprawowaniu bezpośredniej opieki oraz zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością (Załącznik nr 2 do Regulaminu)
 - 6) oświadczenie – Akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością (dotyczy osób niepełnoletnich) (Załącznik nr 3 do Regulaminu);
 - 7) podpisany obowiązek informacyjny ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026.

§ 4. Kryteria kwalifikacji uczestników Programu

1. Złożenie pełnej dokumentacji zgłoszeniowej do Programu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.
2. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
3. Zgłoszenia będą oceniane indywidualnie przez powołany w tym celu Zespół.
4. Zespół rozpatrzy karty zgłoszenia w terminie 21 dni roboczych po zakończonej rekrutacji oraz dokona indywidualnej oceny uczestników. Oceny dokonuje się z wykorzystaniem arkusza ankiety weryfikacyjnej (Załącznik nr 4 do Regulaminu)
5. W przypadku stwierdzenia braku kompletu złożonych dokumentów Realizator pisemnie wzywa stronę do dostarczenia brakujących dokumentów wyznaczając termin 7 dni od dnia dostarczenia wezwania. W przypadku niedostarczenia uzupełnionych dokumentów w wyznaczonym terminie wnioski pozostawione będą bez rozpatrzenia.
6. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu mogą być weryfikowane przez pracowników realizatora Programu w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.
7. Realizator przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej uzależniony jest od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością.
8. W przypadku zgłoszenia się większej liczby kandydatów w czasie trwania rekrutacji w pierwszej kolejności uwzględnione zostaną 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, 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.

9. Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością odnosi się do zbadania:
- 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) 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, nie uczy się lub nie studiuje;
 - 4) 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.
10. Po zakończeniu rekrutacji sporządzona zostanie lista główna oraz lista rezerwowa uczestników Programu.
11. Realizator Programu poinformuje, w formie pisemnej, uczestnika Programu o przyznaniu usług opieki wytchnieniowej oraz przyznanym wymiarze godzin usług opieki wytchnieniowej w danym roku kalendarzowym, a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług albo o wpisaniu go na listę rezerwową albo poinformuje o odmowie przyznania usług wraz z uzasadnieniem.
12. Decyzja Realizatora Programu o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu Wnioskodawcy do Programu nie wymaga wydania decyzji administracyjnej.
13. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających z usług opieki wytchnieniowej, Realizator w pierwszej kolejności przyznaje usługi osobom wpisanym na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług, lecz uzależniona jest od indywidualnej oceny uczestnika. Jednocześnie, w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

rezerwową lub w przypadku, gdy Program pomimo przyznania usług opieki wytchnieniowej osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal posiada wolne miejsca, Realizator Programu ogłosi uzupełniający nabór uczestników.

14. Realizator może przyznać Uczestnikowi Programu mniejszą liczbę godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu.

§ 5. Osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej

1. W pierwszej kolejności, osobą świadczącą usługi opieki wytchnieniowej może zostać osoba wskazana przez uczestnika, przygotowana do świadczenia usług na podstawie oświadczenia uczestnika.
2. W przypadku niewskazania osoby do świadczenia usług, osobę taką wskazuje Realizator Programu. Osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej posiada:
 - 1) dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym
 - 2) lub posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, wolontariat.
3. W przypadku gdy usługi opieki wytchnieniowej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica – w przypadku, gdy na dzień składania karty zgłoszenia do Programu opiekun wskazuje osobę, która ma świadczyć usługi.

§ 6. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu w przypadku zmiany danych zawartych w zgłoszeniu do Programu zobowiązany jest do ich aktualizacji.
2. Zarówno Uczestnik Programu jak i osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora Programu o sytuacjach

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

mających wpływ na realizację usług, np.: pobyt w szpitalu, sanatorium, umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej, dłuższym wyjeździe itp.

3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usług (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra) Uczestnik Programu zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Realizatora programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
4. Uczestnik Programu winien aktywnie współpracować z Realizatorem oraz osobą świadczącą usługi celem umożliwienia realizacji usług opieki wytchnieniowej.
5. Uczestnik Programu ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do Realizatora Programu.
6. Uczestnik Programu ma prawo w każdej chwili zrezygnować z udziału w Programie, składając pisemną rezygnację ze wskazaniem daty zakończenia udziału w Programie bądź zgłaszając telefonicznie.

§ 7. Postanowienia końcowe

1. Usługi opieki wytchnieniowej rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług (Załącznik nr 5 do Regulaminu).
3. Uczestnik Programu oraz osoba realizująca usługi zobowiązani są każdorazowo na bieżąco potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług opieki wytchnieniowej.
4. Realizator Programu ma prawo zażądać niezwłocznego dostarczenia Karty realizacji usług.
5. Realizator Programu zobowiązany jest do dokonywania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej w miejscu realizacji usługi.
6. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

7. Na potrzeby realizacji Programu Realizator zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów (załączników) według wzorów określonych w Programie, nie ujętych w Regulaminie.
8. Uczestnik Programu i osoba realizująca usługi zobowiązani są do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
9. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim oraz na stronie internetowej <https://mops.starogard.pl/> w zakładce „Programy i Projekty” - „Opieka wytchnieniowa. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do zmian zapisów w Regulaminie lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

**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 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 opiekę 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) /

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

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

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

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,

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

- 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.

.....

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

.....

Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ
ZAMIESZKIWANIU WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ
NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

1. Oświadczam, że:

jestem członkiem rodziny/ opiekunem Pana/Pani.....

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

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

2. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie

3. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego

4. Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna

art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i
udziału w Programie „Opieka
Wytchnieniowa” dla jednostek samorządu
terytorialnego - edycja 2026 w Miejskim
Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie
Gdańskim

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**AKCEPTACJA OSOBY, KTÓRA MA ŚWIADCZYĆ USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej na rzecz:

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – ANKIETA WERYFIKACYJNA

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

I. Dane osoby sprawującej opiekę/wnioskodawcy

- **Imię i nazwisko:**
- **Data urodzenia:**
- **Adres zamieszkania:**
- **Stopień pokrewieństwa z osobą z niepełnosprawnością:**
- **Czy prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z osobą z niepełnosprawnością?** Tak Nie

II. Dane osoby z niepełnosprawnością

- **Imię i nazwisko:**
- **Data urodzenia:**
- **Rodzaj niepełnosprawności:**
- **Orzeczenie o niepełnosprawności:** Tak Nie
- **Stopień niepełnosprawności:** Znaczny Umiarkowany Lekki

III. Ocena potrzeb osoby z niepełnosprawnością

1. Czynności samoobsługowe (np. higiena osobista, ubieranie, jedzenie):

- Wymaga pełnej pomocy (10 pkt)
- Wymaga częściowej pomocy (5 pkt)
- Samodzielna (0 pkt)

2. Przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, sklep, placówka zdrowia):

- Wymaga stałej asysty (10 pkt)
- Porusza się samodzielnie z ograniczeniami (5 pkt)
- Samodzielna (0 pkt)

3. Podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem:

- Ograniczone możliwości komunikacji (10 pkt)
- Wymaga wsparcia w aktywizacji (5 pkt)
- Samodzielna w komunikacji i aktywności (0 pkt)

IV. Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością

1. Komunikowanie się:

- Brak możliwości komunikacji werbalnej (10 pkt)
- Ograniczona komunikacja (5 pkt)
- Komunikuje się samodzielnie (0 pkt)

2. Poruszanie się:

- Całkowicie niesamodzielna (10 pkt)
- Porusza się przy wsparciu (5 pkt)
- Samodzielna (0 pkt)

V. Korzystanie z placówek wsparcia

Czy osoba z niepełnosprawnością:

- 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 (10 pkt)
- Nie uczy się lub nie studiuje (5 pkt)
- Korzysta z (0 pkt)

VI. Sytuacja zawodowa opiekuna

- Nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością (10 pkt)
- Zawieszona aktywność zawodowa z powodu opieki (5 pkt)
- Aktywny zawodowo (0 pkt)

VII. Ocena ogólna i rekomendacja

Suma punktów: / 70 pkt

Uzasadnienie oceny/Uwagi

.....

.....

.....

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

Rekomendacja realizatora programu

wymiar usług Opieki wytchnieniowej: godzin / miesiąc w formie:

- Usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania
- Usługi opieki wytchnieniowej w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu
- Innej formy wsparcia:

Data oceny:

Podpis osoby dokonującej oceny:

* Niewłaściwe skreślić

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

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

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

**II. 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:

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej, całodobowej (należy podkreślić realizowaną formę usług).*

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. | | | | | | |

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej.

| 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 |
|-----|---------------------------------------|--|---|---|---|---|
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |
| 14. | | | | | | |
| 15. | | | | | | |

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

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

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