



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Deklaracja udziału w Programie

**„Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

I. Dane Uczestnika - osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę, zamieszkującą we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

☐

Dziecko od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku posiadające orzeczenie o niepełnosprawności

☐

Dorosły posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

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

☐ dzienna, w miejscu zamieszkania (podać adres)
.....w wymiarze godzin rocznie *

* maksymalny limit 240 godzin

IV. Czy osoba ubiegająca się o przyznanie opieki wytchnieniowej jest osobą aktywną zawodowo

☐

TAK

☐

NIE



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

V. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, z warsztatów terapii zajęciowej, szkoły i placówki o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje :

☐

TAK

☐

NIE

Do Deklaracji udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 **należy dołączyć:**

- kserokopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności / orzeczenia traktowanego na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, telefon oraz informację na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o przyznanie usług opieki wychnieniowej w celu określenia potrzeb mieszkańców Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski w związku z realizacją Programu "Opieka wychnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a, c Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119 z 04.05.2016, str.1, z póź.zm.) zwanym Rodo i ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. POZ.1781)

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
Miejscowość, data

.....
*podpis osoby - opiekuna prawnego lub
członka rodziny osoby niepełnosprawnej*