



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

.....
(miejscowość)

.....
(data)

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy

.....

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:

.....

1. Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o niepełnosprawności ? *

☐ **TAK** orzeczenie w stopniu znacznym

☐ **TAK** orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności***

☐ **NIE**

*** Orzeczenie traktowane na równi oznacza zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ **NIE DOTYCZY**



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

2. Czy dziecko, nad którym ma być sprawowana opieka (od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia) posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności ? *

- ☐ TAK
☐ NIE

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 / jakie

IV. 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 ☐



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

3. Jaka liczba godzin usług opieki wytchnieniowej miesięcznie jest Pani/ Panu niezbędna w roku 2026 ?

.....

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 ☐

VI. Podanie dodatkowych informacji, uwag dotyczących stanu zdrowia i sytuacji życiowych uczestników programu oraz osób z niepełnosprawnościami

.....

*zaznaczyć właściwe



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL*)

informuję, że:

- Administratorem Pani/Pana danych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy**, ul. Głowackiego 4, 58-100 Świdnica, tel: 74 852 30 67, E-mail gops@gmina.swidnica.pl
- Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świdnicy jest **Pan Krzysztof Olejniczak**
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel.609 010 402, adres e-mail: krzysztof.olejniczak@comars.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu **oszacowania potrzeb mieszkańców gminy wiejskiej Świdnica w związku z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z Rzeczowym Wykazem Akt.
- Ma Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych;
 - żądania sprostowania lub usunięcia swoich danych;
 - żądania ograniczenia przetwarzania;
 - przeniesienia swoich danych;
 - wniesienia sprzeciwu;
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie, jeśli dokonuje się ono na podstawie dobrowolnej zgody (nie wpływa to wszakże na legalność przetwarzania danych między udzieleniem zgody a jej cofnięciem).
- Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne do realizacji zadań Ośrodka.
- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy nie prowadzi zautomatyzowanego przetwarzania danych w formie profilowania.

.....

data i podpis członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością

