



Załącznik do Uchwały Nr 841/2026  
Zarządu Powiatu Krapkowickiego  
z dnia 29.01.2026 r.

## **REGULAMIN REKRUTACJI**

### **do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

#### **§ 1**

#### **Definicje**

Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) Realizator – Powiat Krapkowicki,
- 2) Program – Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- 3) Osoba z niepełnosprawnością – osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/osoba z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- 4) Uczestnik – członek rodziny/opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobą z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 5) Asystent – osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej,
- 6) Komisja rekrutacyjna – osoby powołane przez Zarząd Powiatu Krapkowickiego zgodnie z § 3 ust. 8,
- 7) Regulamin – Regulamin Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjęty uchwałą Nr 841/2026 Zarządu Powiatu Krapkowickiego z dnia 29 stycznia 2026 r.,

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**



- 8) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – dokument urzędowy wydany przez właściwy organ orzekający, potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności osoby w wieku powyżej 16 roku życia oraz określający przysługujące uprawnienia i formy wsparcia, lub dokument równoważny,
- 9) Orzeczenie o niepełnosprawności – dokument urzędowy wydany przez właściwy organ orzekający, potwierdzający niepełnosprawność osoby w wieku od 2 do 16 roku życia, oraz zawierający wskazania, w tym: pkt 7 – konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby; pkt 8 – konieczność stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji lub edukacji, lub dokument równoważny.

## § 2

### Postanowienia ogólne

1. Usługi opieki wytchnieniowej przyznawane i realizowane będą zgodnie z zapisami Programu.
2. Warunki udziału Uczestników określa Program.
3. Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu.
4. Program realizowany będzie przez Powiat Krapkowicki do dnia 31.12.2026 r., z zastrzeżeniem, że usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone do dnia 10.12.2026 r.
5. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
6. Program jest skierowany do Uczestników zamieszkałych na terenie Powiatu Krapkowickiego.
7. Biuro Programu znajduje się w siedzibie Starostwa Powiatowego w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, pokój 116.
8. Informacje o Programie będą publikowane na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Krapkowicach.
9. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników.

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**



### § 3

#### Zasady rekrutacji

1. W ramach Programu Realizator planuje objęcie wsparciem grupę 19 Uczestników, w tym:
  - 1) 14 Uczestników sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
  - 2) 5 Uczestników sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniem w pkt. 7 i 8 tegoż orzeczenia.
2. Dokumenty wymagane w ogłoszeniu o naborze wniosków w ramach Programu, należy złożyć w formie papierowej w: Biurze Obsługi Klienta Starostwa Powiatowego w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, w terminie 11 – 20 lutego 2026 r. od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30-17:00. Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpłynięcia do Realizatora, a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.
3. Dopuszcza się zmianę terminu naboru wskazanego w ust. 2.
4. Przystępując do naboru Uczestnik składa następujące dokumenty:
  - 1) Kartę Zgłoszenia do Programu,
  - 2) Kartę Oceny Sytuacji Indywidualnej członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością (załącznik nr 1 do Regulaminu),
  - 3) Kartę Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (załącznik nr 2 do Regulaminu),
  - 4) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności.
  - 5) pozostałe niezbędne wymagane oświadczenia.
5. Dokumenty muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Uczestnika oraz asystenta w miejscach, gdzie jest to konieczne.





6. Dokumenty będą rejestrowane według kolejności wpływu, **przy czym kolejność zgłoszeń nie wpływa na wynik naboru.**
7. W terminie do 21 dni roboczych po zakończeniu naboru Komisja Rekrutacyjna powołana przez Zarząd Powiatu Krapkowickiego, sporządzi listy Uczestników zakwalifikowanych do Programu oraz listy Uczestników rezerwowych, o których mowa w ust. 1, a także dokona oceny formalnej i merytorycznej złożonych dokumentów.
8. Komisja Rekrutacyjna działa w oparciu o zasadę równego traktowania Uczestników, przejrzystości procedur oraz indywidualnego podejścia do potrzeb każdej osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z założeniami Programu.
9. Komisja Rekrutacyjna weryfikuje:
  - 1) kompletność i prawidłowość złożonych dokumentów,
  - 2) sytuację indywidualną uczestników oraz osób z niepełnosprawnością, na podstawie:
    - a) Karty Zgłoszenia do Programu,
    - b) Karty Oceny Sytuacji Indywidualnej członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością,
    - c) Karty Oceny Stanu Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel.
10. Dokumenty niekompletne lub zawierające błędy formalne zostaną zwrócone do poprawy w terminie wskazanym przez Realizatora.
11. Oceny merytorycznej dokonuje się w oparciu o Kartę Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością, która służy ocenie sytuacji życiowej, społecznej oraz zakresu trudności w codziennym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością, tym samym ustaleniu zapotrzebowania na wytchnienie dla uczestnika sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobą z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
12. Karta Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel jest dokumentem o charakterze wyłącznie pomocniczym, wykorzystywanym w celu lepszego Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej





- zobrazowania poziomu samodzielności funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością, umożliwiającą Komisji Rekrutacyjnej zachowanie zasady indywidualnego podejścia do osoby z niepełnosprawnością. Ustalana przez lekarza punktacja wskazana w Karcie nie jest wliczana do punktacji rekrutacyjnej, ani nie stanowi samodzielnego kryterium decydującego o zakwalifikowaniu do Programu.
13. Karta Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel wypełniana jest przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę.
  14. W Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością każda zaznaczona odpowiedź twierdząca („TAK”) jest równoznaczna z przyznaniem 1 punktu, natomiast odpowiedź negatywna („NIE”) jest równoznaczna z przyznaniem 0 punktów. Suma uzyskanych punktów stanowi podstawę do ustalenia pozycji na liście rankingowej uczestników.
  15. Maksymalna liczba punktów w Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością jaką można osiągnąć w przypadku:
    - 1) osób z niepełnosprawnością, które ukończyły 16. rok życia posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wynosi **24 punktów**;
    - 2) osób z niepełnosprawnością, o których mowa w ust. 1 pkt 2 wynosi **10 punktów**.
  16. W przypadku Uczestników posiadających taką samą liczbę punktów, o zakwalifikowaniu do Programu decyduje liczba punktów uzyskanych w ramach następujących kryteriów zawartych w Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:
    - 1) osoba z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, przedszkola, szkoły oraz nie uczy się,
    - 2) uczestnik 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,



- 3) uczestnik prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzystał z usług opieki wytchnieniowej w trzech poprzednich edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego,
  - 4) osoba z niepełnosprawnością NIE korzysta z usług asystenta w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
17. Uczestnicy z list rezerwowych mogą zostać zaproszeni do udziału w Programie, według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w przypadku:
    - 1) rezygnacji Uczestnika zakwalifikowanego do Programu,
    - 2) zwiększenia limitu miejsc,
    - 3) niewykorzystania puli godzin w Programie,
    - 4) zwolnienia się miejsca w Programie z innych przyczyn.
  18. Dokumenty złożone po upływie terminu naboru nie podlegają weryfikacji.
  19. O zakwalifikowaniu do Programu Uczestnicy zostaną powiadomieni przez Realizatora listownie w terminie do 28 dni roboczych od dnia podjęcia decyzji (wyboru) Komisji Rekrutacyjnej udokumentowanej protokołem.
  20. W przypadku braku wystarczającej liczby Uczestników, Realizator zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu lub ogłoszenia naboru uzupełniającego.
  21. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Realizatora.
  22. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

#### § 4

##### **Postanowienia dotyczące przyznawania usług opieki wytchnieniowej**

1. Przyznanie usług opieki wytchnieniowej następuje na podstawie informacji zawartych w:
  - 1) Karcie Zgłoszenia do Programu,

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**



- 2) Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością,
- 3) Karcie Oceny Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel.
2. Zakres usług opieki wytchnieniowej określany jest indywidualnie pomiędzy Uczestnikiem a asystentem, w zależności od potrzeb.
3. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone maksymalnie do limitów określonych w umowie wynoszących do 240 godzin na rok.
4. Uczestnik zobowiązany jest zgłaszać każdą zmianę dotyczącą orzeczenia lub innych okoliczności wpływających na limit usług w terminie 3 dni od dnia powzięcia informacji o tej zmianie.

## § 6

### Ochrona danych osobowych

1. Dane osobowe Uczestników, Asystentów oraz osób z niepełnosprawnością przetwarzane są przez Realizatora Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz ustawą o ochronie danych osobowych.
2. Szczegółowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych, w tym zakresu danych, celów i podstaw prawnych ich przetwarzania, zawarte są w odrębnym oświadczeniu informacyjnym RODO, stanowiącym załącznik do Karty Zgłoszenia do Programu.
3. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych jest równoznaczne z zapoznaniem się z treścią obowiązku informacyjnego w zakresie ochrony danych osobowych.

## § 7

### Postanowienia końcowe

1. Uczestnik jest zobowiązany do respektowania zasad Regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**





3. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych jest równoznaczne ze złożeniem oświadczeń o zapoznaniu się z zasadami Programu i Regulaminem, wyrażeniem zgody na kontakt w sprawach związanych z realizacją Programu, zapoznaniem się z klauzulą informacyjną RODO oraz potwierdzeniem braku korzystania z innej formy wsparcia o analogicznym charakterze w tym samym czasie.
4. Regulamin dostępny jest w siedzibie Starostwa Powiatowego w Krapkowicach oraz na stronie internetowej [www.powiatkrapkowicki.pl](http://www.powiatkrapkowicki.pl)

Załączniki:

- 1) Karta Zgłoszenia do Programu,
- 2) Karta Oceny Sytuacji Indywidualnej członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością,
- 3) Karta Oceny Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel,
- 4) Pozostałe niezbędne wymagane Oświadczenia.



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 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 ☐.

**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), 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) / 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.

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**





5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytnieniowej, 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. 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 wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytnieniowej, przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób usług opieki wytnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytnieniowej.

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 dom 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,
  - f) dla osoby pełnoletniej, placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki 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.







## KARTA OCENY SYTUACJI INDYWIDUALNEJ CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

### DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon / kontakt: .....

Stopień niepełnosprawności: .....

Rodzaj niepełnosprawności (symbol/symbole): .....

W każdym punkcie proszę czytelnie zaznaczyć TAK / NIE.

Punktację wypełnia komisja rekrutacyjna, zgodnie z wytycznymi Programu OW - edycja 2026.

W przypadku „TAK” – 1 pkt.

### A. WYPEŁNIA CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN ZAMIESZKUJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM ORAZ SPRAWUJĄCY BEZPOŚREDNIĄ OPIEKĘ NAD OSOBĄ ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

#### I. SYTUACJA RODZINNA:

Tak Nie Pkt

- Osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły, nie uczy się lub nie studiuje. ☐ ☐
- Osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o stopniu znacznym – sprzężone (co najmniej 2 przyczyny niepełnosprawności). ☐ ☐
- Członek rodziny/opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości ☐ ☐



### I. SYTUACJA RODZINNA:

Tak Nie Pkt

podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

4. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w rodzinnej pieczy zastępczej. ☐ ☐

5. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w placówkach typu rodzinnego. ☐ ☐

---

### II. SYTUACJA ZDROWOTNA I FUNKCJONALNA:

Tak Nie Pkt

6. Osoba z niepełnosprawnością porusza się przy użyciu wózka inwalidzkiego lub sprzętu ortopedycznego (kule, balkonik, chodzik). ☐ ☐

7. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie). ☐ ☐

8. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana). ☐ ☐

9. Osoba z niepełnosprawnością ma problemy z utrzymaniem stabilności, równowagi lub wysokie ryzyko upadku. ☐ ☐

10. Osoba z niepełnosprawnością wymaga regularnego towarzyszenia podczas wizyt u lekarzy, rehabilitacji, terapii, badań. ☐ ☐

11. Osoba z niepełnosprawnością wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (uregulowane w pkt. 7 orzeczenia o niepełnosprawności). ☐ ☐

---

### III. BARIERY ŚRODOWISKOWE I ARCHITEKTONICZNE:

Tak Nie Pkt

12. Osoba z niepełnosprawnością napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu). ☐ ☐



Tak Nie Pkt

13. Osoba z niepełnosprawnością napotyka bariery w otoczeniu (brak transportu, utrudniony dostęp do usług publicznych, bariery urbanistyczne). ☐ ☐
14. Osoba z niepełnosprawnością wymaga każdorazowego wsparcia w opuszczaniu mieszkania lub budynku. ☐ ☐

---

**IV. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ:**

Tak Nie Pkt

15. Osoba z niepełnosprawnością ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażona na izolację społeczną. ☐ ☐
16. Osoba z niepełnosprawnością rzadko opuszcza miejsce zamieszkania bez pomocy. ☐ ☐
17. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty. ☐ ☐
18. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w organizacji dnia i zarządzaniu czynnościami. ☐ ☐
19. Osoba z niepełnosprawnością wymaga pomocy asystenta w komunikacji z otoczeniem. ☐ ☐
20. Osoba z niepełnosprawnością potrzebuje systematycznej pomocy w dotarciu do usług edukacyjnych, terapii lub aktywności społecznej. ☐ ☐

**V. DOTYCHCZASOWE WSPARCIE:**

Tak Nie Pkt

21. Osoba z niepełnosprawnością NIE otrzymuje świadczenia wspierającego. ☐ ☐  
(nie otrzymuje)
22. Osoba z niepełnosprawnością NIE korzystała z usług opieki wytchnieniowej w poprzednich trzech edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego. ☐ ☐  
(nie korzystała)
23. Osoba z niepełnosprawnością NIE posiada innego rodzaju wsparcia (opieka sąsiedzka, wolontariusze, usługi opiekuńcze). ☐ ☐  
(nie posiada)





24. Osoba z niepełnosprawnością NIE korzysta z usług asystenta w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.. ☐ ☐ (nie korzystała)

**B. WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY ZAMIESZKUJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIECKIEM OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA POSIADAJĄCE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**I. SYTUACJA RODZINNA I ZDROWOTNA:**

**Tak Nie Pkt**

1. Dziecko z niepełnosprawnością, nad którą rodzic/opiekun prawny sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie uczęszcza na zajęcia poza miejscem zamieszkania, np. przedszkole, szkoła specjalna. ☐ ☐
2. Rodzic/opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem (od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności) jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością. ☐ ☐
3. Dziecko z niepełnosprawnością przebywa w placówkach typu rodzinnego. ☐ ☐
4. Rodzic/opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzystał z usług opieki wytchnieniowej w trzech poprzednich edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego. ☐ ☐ (nie korzystał)
5. Rodzic/ opiekun prawny sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzysta z usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 ☐ ☐ (nie korzystał)



## II. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ:

Tak Nie Pkt

- |                                                                                                                                        |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Dziecko ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażony na izolację społeczną.                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dziecko ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dziecko napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dziecko wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie).                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dziecko ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana).                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **C. WYPEŁNIA OPIEKUN SPRAWUJĄCY BEZPOŚREDNIĄ OPIEKĘ NA OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ/RODZIC/OPIEKUN PRAWNY**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz oświadczam, że podane informacje w Karcie Oceny są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.
3. Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Krapkowice, dnia .....

.....  
(Podpis osoby ubiegającej się o usługi opieki wytchnieniowej)



#### D. WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

Wypełnić odpowiednio:

TAK/NIE

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Kompletność i prawidłowość dokumentów, o których mowa w §3 ust. 4 Regulaminu.                                                                                                                                                                                     |  |
| 2. | Osoba z niepełnosprawnością/dziecko, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, przedszkola, szkoły oraz nie uczy się. |  |
| 3. | Uczestnik sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą niepełnosprawnością.                              |  |
| 4. | Uczestnik sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością NIE korzystał z usług opieki wytchnieniowej w trzech poprzednich edycjach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego.                                    |  |
| 5. | Osoba z niepełnosprawnością/dziecko NIE korzysta z usług asystenta w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.                                                                        |  |

#### II. PODSUMOWANIE PUNKTÓW

Liczba punktów Karty Oceny Sytuacji Indywidualnej:

Punktacja z Karty Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel:

#### III. REKOMENDACJA KOMISJI

- ☐ Komisja rekomenduje przyznanie usług opieki wytchnieniowej  
☐ Komisja nie rekomenduje przyznania usług opieki wytchnieniowej

#### IV. PODPISY KOMISJI REKRUTACYJNEJ

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej





## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

### KARTĘ WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY LUB LEKARZ SPECJALISTA

Imię pacjenta: .....

Nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Stopień niepełnosprawności: .....

Orzeczenie o st. niepełnosprawności nr: .....

| L/p | CZYNNOŚĆ                                                                    | STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI *                                                                                                                                                                                                                                                                                   | WARTOŚĆ PUNKTOWA **/ |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1.  | Spożywanie posiłków                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>0 pkt – nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przelikać</li><li>5 pkt – potrzebuje pomocy przy krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym</li><li>10 pkt – samodzielny, niezależny</li></ul>                                                                         |                      |
| 2.  | Samoobsługa (przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) | <ul style="list-style-type: none"><li>0 pkt – nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu/siedzeniu</li><li>5 pkt – przemieszcza się z pomocą fizyczną 1–2 osób, może siedzieć</li><li>10 pkt – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)</li><li>15 pkt – samodzielny</li></ul> |                      |
| 3.  | Higiena osobista                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>0 pkt – nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych</li><li>5 pkt – wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych</li><li>10 pkt – samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu, myciu zębów (również przy użyciu pomocy)</li></ul>                         |                      |
| 4.  | Toaleta                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>0 pkt – nie korzysta w ogóle z toalety</li><li>5 pkt – potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety</li><li>10 pkt – samodzielny w dojściu do toalety, zdejmowaniu i zakładaniu garderoby</li></ul>                                         |                      |

|     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-----|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5.  | WC – mocz +<br>cewnikowanie                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – brak kontroli nad oddawaniem moczu</li> <li>5 pkt – sporadyczne epizody</li> <li>10 pkt – pełna kontrola</li> </ul>                                                                                                         |  |
| 6.  | WC – stolec                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – brak kontroli nad oddawaniem stolca</li> <li>5 pkt – sporadyczne epizody</li> <li>10 pkt – pełna kontrola</li> </ul>                                                                                                        |  |
| 7.  | Kąpiel, mycie                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – kąpany w wannie przy pomocy podnośnika</li> <li>5 pkt – wymaga pomocy</li> <li>10 pkt – samodzielny</li> </ul>                                                                                                              |  |
| 8.  | Lokomocja<br>(poruszanie się,<br>przemieszczanie) | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – nie porusza się w ogóle</li> <li>5 pkt – porusza się do 50 m przy użyciu sprzętu np. wózka i/lub z pomocą min. 1 osoby</li> <li>10 pkt – samodzielny, także z użyciem sprzętu, np. laska, na odległość &gt; 50 m</li> </ul> |  |
| 9.  | Ubieranie się i<br>rozbieranie się                | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – wymaga kompleksowej pomocy innej osoby</li> <li>5 pkt – wymaga częściowej pomocy innej osoby</li> <li>10 pkt – samodzielny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł</li> </ul>                           |  |
| 11. | Pozostawanie bez<br>nadzoru w domu                | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – pacjent nie może pozostać sam w domu bez nadzoru</li> <li>5 pkt – umiarkowanie, do kilku godzin może pozostać sam</li> <li>10 pkt – tak, przez cały dzień może pozostać w domu sam</li> </ul>                               |  |
| 12. | Sytuacja<br>mieszkaniowa                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – samotnie</li> <li>5 pkt – z inną osobą z niepełnosprawnością</li> <li>5 pkt – rodzinna piecza zastępcza</li> <li>5 pkt – placówka typu rodzinnego</li> <li>10 pkt – z członkiem rodziny/rodziną</li> </ul>                  |  |
| 13. | Kontakty<br>i aktywność<br>społeczna              | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – brak wsparcia rodziny</li> <li>5 pkt – bardzo ograniczone</li> <li>5 pkt – z inną osobą z niepełnosprawnością</li> <li>10 pkt – regularnie</li> </ul>                                                                       |  |
| 14. | Wychodzenie<br>z domu                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 pkt – nie wychodzi</li> <li>5 pkt – tylko z pomocą</li> <li>10 pkt – samodzielnie</li> </ul>                                                                                                                                      |  |
|     | Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***           |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

\* w punktach 1-14 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
**data, pieczęć, podpis lekarza**







Karta zgłoszenia asystenta, który ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

I. Dane asystenta, który ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej na rzecz osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer kontaktowy:

.....

II. Numer rachunku bankowego (w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wynagrodzenie z tytułu Umowy zlecenia zostanie przebrane na numer konta):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nazwa banku, dane dysponenta rachunku bankowego:

.....

III. Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem w okresie świadczenia przeze mnie usług opieki wytchnieniowej:

TAK

NIE

☐☐

.....  
Data i podpis osoby świadczącej bezpośrednią  
opiekę nad osobą niepełnosprawną

.....  
Data i podpis osoby, która ma świadczyć  
usługi opieki wytchnieniowej







**Oświadczenie**  
**o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego**  
**od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu**  
**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**  
**– edycja 2026**

Ja, ..... będący rodzicem/opiekunem prawnym  
małoletniej/małoletniego ....., niniejszym oświadczam,  
że akceptuję Panią/Pana ..... do realizacji usług opieki  
wytchnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego.

---

Podpis rodzica/opiekuna prawnego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT  
KRAPKOWICKI  
W SERCU OPOLSZCZYZNY  
[www.powiatkrapkowicki.pl](http://www.powiatkrapkowicki.pl)

**Oświadczenie  
o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na tle seksualnym  
na potrzeby realizacji Programu  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
- edycja 2026**

Ja, niżej podpisana/podpisany ..... niniejszym  
oświadczam, że nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przepływstw na tle seksualnym.

.....  
(czytelny podpis osoby, która ma świadczyć  
usługi opieki wytchnieniowej)

Załącznik: Wydruk z Rejestru Przepływstw Sprawców na tle seksualnym Ministerstwa Sprawiedliwości



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT  
KRAPKOWICKI  
W SERCU OPOLSZCZYZNY  
[www.powiatkrapkowicki.pl](http://www.powiatkrapkowicki.pl)

**Oświadczenie na potrzeby realizacji Programu  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2026**

Na podstawie Działu V., ust. 8, pkt. 1 lit. b Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oświadczam, że Pani/Pan ..... posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu wsparcia oraz pomocy na rzecz mojej osoby/mojego dziecka/podopiecznego\* Powierzone z tego tytułu obowiązki wykonywała/wykonywał\* prawidłowo i z należytą starannością.

.....  
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o usługi  
opieki wytchnieniowej

\*niewłaściwe skreślić







## OŚWIADCZENIE

do zawartej umowy Nr .....

*Objaśnienia do wypełnienia oświadczenia:*

1. W przypadku umowy o dzieło proszę wypełnić punkty od 1 do 4 oraz podpisać się pod oświadczeniami
2. W przypadku umowy zlecenie proszę wypełnić całe oświadczenie

\* minimalne wynagrodzenie wynosi: 4 806,00 zł brutto od 01.01.2026 r. do 31.12.2026 r.

1. Dane osobowe:

Nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Imię pierwsze ..... Imię drugie.....

Data urodzenia ....., Miejsce urodzenia.....

Imię ojca ....., Imię matki .....

Obywatelstwo.....

PESEL: .....

Seria i nr dowodu osobistego .....

2. Adres zameldowania (stałe miejsce pobytu):

Kod pocztowy ..... Poczta .....Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Gmina .....Powiat.....Województwo .....

3. Adres zamieszkania (tymczasowe miejsce pobytu):

Kod pocztowy ..... Poczta .....Miejscowość .....

.....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Gmina .....Powiat.....Województwo .....

4. Urząd Skarbowy (właściwy wg. miejsca zamieszkania do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy):

Nazwa i adres: .....



5. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla zleceniobiorcy: .....
6. Jestem: emerytem ☐ TAK ☐ NIE  
rencistą ☐ TAK ☐ NIE
- Świadczenie nr..... jest mi wypłacane przez:.....
7. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE  
Jeśli **TAK** to należy określić stopień niepełnosprawności: ☐ LEKKI ☐ UMIARKOWANY ☐ ZNACZNY
8. ☐ Jestem ☐ nie jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna.
9. ☐ Jestem ☐ nie jestem uczniem lub studentem (nie dotyczy studiów podyplomowych i doktoranckich)  
i nie ukończyłem 26 lat. W przypadku zaznaczenia „**Jestem**” należy dostarczyć zaświadczenie ze szkoły/uczelni.
10. ☐ Jestem ☐ nie jestem zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę na czas ☐ nieokreślony  
☐ określony od .....do ....., a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie  
brutto w danym roku kalendarzowym wynosi:  
☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie\*  
☐ co najmniej równe bądź wyższe od minimalnego wynagrodzenia\*
11. W czasie wykonywania umowy zlecenia, której dotyczy oświadczenie:  
☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie bezpłatnym od.....do.....  
☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie wychowawczym od..... do.....  
☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie macierzyńskim, urlopie ojcowskim, urlopie rodzicielskim  
od..... do.....
12. ☐ podlegam ☐ nie podlegam ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z innej umowy zlecenie w  
okresie od ..... do.....,od.....do.....,  
a wynagrodzenie brutto z tej umowy w każdym miesiącu ☐ jest ☐ nie jest co najmniej równe  
minimalnemu wynagrodzeniu\* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.
13. ☐ prowadzę ☐ nie prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą  
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej ☐ opłacam ☐ nie opłacam składek na ubezpieczenia  
społeczne. Podstawa, od której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne ☐ jest ☐ nie jest co najmniej  
równa minimalnemu wynagrodzeniu\* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.
14. Czy łączne wynagrodzenie uzyskane w punkcie 10, 12 i 13 ☐ jest ☐ nie jest co najmniej równe  
minimalnemu wynagrodzeniu\* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.
15. ☐ Wnoszę ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.  
(W sytuacji, gdy posiada się tytuł do ubezpieczeń społecznych powyżej minimalnego wynagrodzenia\*)
16. ☐ Wnoszę ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.



Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia lub umowy o dzieło podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuję się zwrócić płatnikowi nie opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od powstałego z tego tytułu zadłużenia.

.....  
(data i czytelny podpis)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zawartej umowy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L 2016 Nr 119 str.1).

.....  
(data i czytelny podpis)







**OGÓLNA KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych w Starostwie Powiatowym w Krapkowicach**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Krapkowicki z siedzibą 47-303 Krapkowice, ul. Kilińskiego 1.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Aneta DRÓŹDŹ, 47-303 Krapkowice, ul. Kilińskiego 1, I piętro - pokój nr 118 z którym można się skontaktować pod nr tel. 77 40 74 308 adresem email: [a.drozdz@powiatkrapkowicki.pl](mailto:a.drozdz@powiatkrapkowicki.pl);
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu, w jakim administrator je pozyskał i w zakresie niezbędnym do:
  - 1) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
  - 2) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO);
  - 3) realizacji celu w jakim Państwo wyraziliście zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO) lub wyraźną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wskazanych w art. 9 ust. 1 RODO (art. 9 ust. 2 lit. a) RODO);
  - 4) wykonania umowy, której Państwo jesteście stroną lub do podjęcia działań na Państwa żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
  - 5) ochrony żywotnych interesów Państwa lub innej osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 lit. d) RODO).
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być instytucje, którym administrator zobowiązany jest lub może przekazywać Państwa dane osobowe na mocy przepisów prawa, jak również inne podmioty zewnętrzne wspierające administratora w wypełnieniu ciążącego na nim obowiązku prawnego, poprzez świadczenie usług informatycznych, doradczych, szkoleniowych, konsultacyjnych, audytowych, pocztowych, finansowych, windykacyjnych oraz pomocy prawnej.
5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego w rozumieniu RODO.
6. Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres realizacji celu, w jakim administrator je od Państwa pozyskał, niezbędny do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi lub realizacji celu, w jakim administrator je od Państwa pozyskał na podstawie udzielonej przez Państwo zgody, a także po jego zrealizowaniu, przez okres niezbędny do wywiązania się przez administratora z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania Państwa danych osobowych (w szczególności archiwizacja) lub okres niezbędny do ewentualnego ustalenia i dochodzenia przez administratora roszczeń lub obrony przed roszczeniami wobec administratora.
7. Macie Państwa prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo do ich przenoszenia.
8. Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej przez zgodę, macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Podanie swoich danych osobowych jest:
  - 1) wymogiem ustawowym, w przypadku, kiedy cel, w jakim Państwo je podaliście, skutkuje koniecznością wypełnienia przez administratora obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub koniecznością wykonania przez administratora zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. W takim przypadku są Państwo zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji Państwa interesu prawnego;
  - 2) wymogiem umownym, w przypadku, kiedy tak stanowią zapisy umowy. W takim przypadku jesteście Państwo zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało w szczególności problemami z prawidłowym wykonaniem umowy lub niewykonaniem umowy;
  - 3) warunkiem zawarcia umowy, w przypadku, kiedy celem, w jakim Państwo je podajecie, jest zawarcie umowy. W takim przypadku jesteście zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało nie zawarciem umowy;
  - 4) nieobligatoryjne, w przypadku, kiedy cel, w jakim administrator je od Państwa pozyskał, nie skutkuje koniecznością wypełnienia przez administratora żadnego obowiązku prawnego lub nie skutkuje koniecznością wykonania przez administratora żadnego zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT  
KRAPKOWICKI  
W SERCU OPOLSZCZYZNY  
[www.powiatkrapkowicki.pl](http://www.powiatkrapkowicki.pl)

10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
11. Posiadacie Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

.....  
Data i podpis osoby  
świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

**DEKLARACJA  
O REZYGNACJI Z DOKONYWANIA WPLĄT  
DO PRACOWNICZYCH PLANÓW KAPITAŁOWYCH (PPK)**

Deklarację należy wypełnić wielkimi literami. Deklarację składa się podmiotowi zatrudniającemu\*.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. Dane dotyczące uczestnika PPK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Imię (imiona)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>2. Nazwa podmiotu zatrudniającego</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>3. Oświadczenie uczestnika PPK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <p>Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnienia do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji);</li> <li>b) nieotrzymania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2023 r., poz. 46, z późn. zm.);</li> <li>c) nieotrzymania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5% wynagrodzenia.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <p>.....<br/>data i podpis uczestnika PPK</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <p>.....<br/>data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <p>*Podmiot zatrudniający oznacza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pracodawcę, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. a ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 46, z późn. zm.), jeżeli posiada NIP lub REGON,</li> <li>b) nakładcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. b ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,</li> <li>c) rolnicze spółdzielnie produkcyjne lub spółdzielnie kółek rolniczych – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. c ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,</li> <li>d) zleceniodawcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. d ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych, jeżeli posiada numer NIP lub REGON,</li> <li>e) podmiot, w którym działa rada nadzorcza – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. e ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,</li> <li>f) płatnika – jeżeli pracodawca, o którym mowa w lit. a, lub zleceniodawca, o którym mowa w lit. d, nie posiada NIP lub REGON.</li> </ul> |  |

Dowiedz się więcej na temat PPK: [www.mojepok.pl](http://www.mojepok.pl), numer infolinii: 800 755 755



.....  
(nazwa podmiotu zatrudniającego)

.....  
(adres)

.....  
(imię i nazwisko osoby zatrudnionej)

.....  
(PESEL)

### Informacja dotycząca PPK

Pracownicze Plany Kapitałowe to dobrowolny program długoterminowego oszczędzania, tworzony i współfinansowany przez pracowników, pracodawców i państwo. Prywatne i imienne rachunki PPK będą zasilane wpłatami pracownika i podmiotu zatrudniającego oraz wpłatą powitalną i dopłatami rocznymi od państwa. Wpłaty pracownika oraz podmiotu zatrudniającego będą naliczane procentowo od wysokości wynagrodzenia pracownika. Pracownik może w każdej chwili zarówno zrezygnować z oszczędzania w tym programie, jak i do niego wrócić.

Ponadto informuję, że:

- osoba zatrudniona, która jest uczestnikiem PPK, powinna – w terminie 7 dni od dnia zawarcia w jej imieniu i na jej rzecz umowy o prowadzenie PPK – złożyć podmiotowi zatrudniającemu oświadczenie o zawartych w jej imieniu umowach o prowadzenie PPK. Oświadczenie powinno zawierać oznaczenie instytucji finansowych, z którymi zawarto te umowy;
- osoba zatrudniona, która ukończyła 55 lat i nie ukończyła jeszcze 70 lat, aby zostać uczestnikiem PPK, powinna złożyć podmiotowi zatrudniającemu wniosek o zawarcie – w jej imieniu i na jej rzecz – umowy o prowadzenie PPK;
- uczestnik PPK, poza obowiązkową wpłatą podstawową, może zadeklarować wpłatę dodatkową do PPK w wysokości do 2% jego wynagrodzenia;
- uczestnik PPK, którego wynagrodzenie osiągane z różnych źródeł w danym miesiącu nie przekracza kwoty odpowiadającej 1,2-krotności minimalnego wynagrodzenia, może złożyć podmiotowi zatrudniającemu deklarację o obniżeniu wpłaty podstawowej do PPK. Obniżona wpłata podstawowa może wynosić mniej niż 2%, ale nie mniej niż 0,5% jego wynagrodzenia.

.....  
(data i podpis podmiotu zatrudniającego)

Potwierdzenie otrzymania:

.....  
(data i podpis osoby zatrudnionej)