

Miejscowość.....,data

**WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ DO PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA ‘’ dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO - edycja 2026**

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

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

2. Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

3. Stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną:

- ☐ Rodzic
- ☐ Małżonek
- ☐ Dziecko
- ☐ Inny (proszę podać jaki):

4. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ TAK w stopniu znacznym lub orzeczenie traktowane na równi
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym
- ☐ NIE

**Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.*

5. Kto jest obecnie pod Pana/Pani opieką?:

- ☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- ☐ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

6. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

7. Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia w formie usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych / usług Programu „Opieka wytchnieniowa” lub „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”?

- ☐ TAK, jakiego?.....
☐ NIE

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

- ☐ dzienna, miejsce, ilość godzin.....
czy w przypadku usług dziennej opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskaże Pani/Pan realizatora wsparcia
☐ TAK
☐ NIE
☐ całodobowa, miejsce ilość dni.....

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie asystencji osobistej, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Skoczów w związku z realizacją Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

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.

.....
(czytelny podpis)