ZARZĄDZENIE NR 49/2026
DYREKTORA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM

z dnia 11 września 2026 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu uzupełniającego naboru i udziału w Programie „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

Na podstawie § 6 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim przyjętego Uchwałą Nr 269/2025 Zarządu Powiatu Ostrowieckiego z dnia 19 grudnia 2025 r., **zarządza się**, co następuje:

§ 1. Wprowadza się Regulamin uzupełniającego naboru i udziału w Programie ,,Opieka Wytchnieniowa'' dla jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Powiatowego
Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowcu Świętokrzyskim

Joanna Pikus

Załącznik do zarządzenia nr 49/2026

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

w Ostrowcu Świętokrzyskim

z dnia 11 września 2026 r.

REGULAMIN UZUPEŁNIAJĄCEGO NABORU I UCZESTNICTWA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" –dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - EDYCJA 2026

Regulamin uzupełniający określa zasady naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22.

§ 1. Definicje

1. **Program –** Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

2. **Realizator Programu** – Powiat Ostrowiecki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.

3. **Kandydat –** osoba, która złożyła dokumenty rekrutacyjne, ale nie została jeszcze zakwalifikowana do udziału w Programie.

4. **Uczestnik Programu** – osoba, która spełnia kryteria grupy docelowej określone w Programie oraz w tym Regulaminie i zakwalifikowała się do udziału w Programie,

5. **Opiekun** – osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej.

6. **Usługi opieki wytchnieniowej –** usługi mające na celu odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach i zapewnienie czasowego zastępstwa.

7. **Osoba z niepełnosprawnością** – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

8. **Dyrektor** – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim.

9. **Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością** – wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

10. **Opiekun osoby z niepełnosprawnością** – opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

§ 2. Zasady ogólne

1. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz.1848, z późn.zm.).

2. Program ma na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących 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 wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej - 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. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowaniu opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

3. Limit godzin usługi opieki wytchnieniowej finansowanej ze środków Funduszu przypadających na jednego uczestnika Programu w 2026 roku, wynosi nie więcej niż 240 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczącej w ramach pobytu dziennego, z zastrzeżeniem ust. 12 i 13 rozdziału V Programu.

4. Program jest realizowany przez Powiat Ostrowiecki/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim.

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 skierowany jest do mieszkańców Powiatu Ostrowieckiego.

7. Obsługą Programu zajmują się pracownicy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.

8. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.

9. Program będzie realizowany w okresie od stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2026 r.

10. W ramach uzupełniającego naboru i uczestnictwa w Programie pomocą w formie usług opieki wytchnieniowej zostanie objęty 1 członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub posiadająca orzeczenia traktowane na równi z w/w orzeczeniem zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

§ 3. Proces rekrutacji do Programu

1. Nabór uzupełniający uczestników do Programu prowadzony będzie przez PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim w terminie **od 15.09.2026 r. do 23.09.2026 r.** Informacje nt. Programu udzielane są telefonicznie nr tel. 41/ 249 94 11, **pok. 6.11**

2. Kandydatem może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

1) jest członkiem rodziny/opiekunem osoby niepełnosprawnej zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym oraz sprawującym bezpośrednią opiekę nad: osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które wymagają usługi opieki wytchnieniowej zamieszkałymi na terenie powiatu Ostrowieckiego

2) złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj:

a) kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

b) karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 – załącznik nr 1

c) klauzulę informacyjną (RODO) – załącznik nr 2

d) oświadczenie członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej o korzystaniu/niekorzystaniu z innych form wsparcia – załącznik nr 3

e) oświadczenie członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie życia potrzeb codziennego – załącznik nr 4

f) deklaracja uczestnika Programu dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej – załącznik nr 5

3. W przypadku zgłoszenia się większej liczby kandydatów w czasie trwania rekrutacji uzupełniającej 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 mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881, z późn. zm.), 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.

4. Usługi opieki wytchnieniowej zostaną przyznane na podstawie oceny formalnej i merytorycznej.

5. Za datę zgłoszenia przyjmuje się daty wpływu do PCPR.

6. Zgłoszenie uczestnika nie jest równoważne z zakwalifikowaniem się do uczestnictwa w Programie.

7. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na cykl naboru uczestników w Programie.

8. Karta zgłoszenia wraz załącznikami podlega weryfikacji formalnej oraz merytorycznej dokonanej przez Komisję Rekrutacyjną.

9. Oceny formalnej wniosku dokonuje Komisja rekrutacyjna sprawdzając:

a) czy wniosek został złożony we właściwej instytucji,

b) czy kandydat nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o opiekę wytchnieniową

c) czy jest kompletność dokumentów (karta zgłoszenia wraz ze wszystkimi załącznikami)

10. Ocena merytoryczna zostanie dokonana przez Komisję rekrutacyjną na podstawie oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

11. Informacje zawarte w karcie zgłoszenia do Programu mogą być weryfikowane przez pracowników PCPR – Komisję rekrutacyjną w miejscu zamieszkania członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

12. Ocena indywidualna sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością zostanie dokonana poprzez zbadanie/weryfikację:

a) 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), podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem

b) Poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się i poruszania się;

c) 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, z późn. zm.), nie uczy się lub nie studiuje

d) 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.

13. Niekompletne zgłoszenia tj. bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.

14. Osoby zgłaszające się do udziału w Programie o wynikach rekrutacji zostaną powiadomione pisemnie. Informacja o zakwalifikowaniu się bądź odmowie zakwalifikowania się do Programu nie jest decyzją w rozumieniu przepisów Kodeksu Postępowania Administracyjnego.

15. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.

16. Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowane osoby, które spełniają kryterium formalne w procesie rekrutacji.

§ 4. Realizacja usługi opieki wytchnieniowej

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone, przez: osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, oraz:

1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu:

   a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

   b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, oraz

2) w przypadku wskazania przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu, zwanej dalej „Kartą zgłoszenia do Programu" (załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu) są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu.

2. W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę. Usługi opieki wytchnieniowej polegają na zastępowaniu 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.

3. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę, z zastrzeżeniem § 2 ust. 3.

§ 5. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

a) korzystania z usługi opieki wytchnieniowej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Realizatora Programu;

b) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich Realizatorowi Programu.

2. Uczestnik Programu zobowiązany jest do:

a) współpracy z Tutejszym PCPR oraz opiekunem przy realizacji usług opieki wytchnieniowej w miarę jego możliwości;

b) respektowania zasad niniejszego Regulaminu;

c) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach i okolicznościach mogących mieć wpływ na realizację Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany;

d) przedłożenia kompletu niezbędnych dokumentów celem prawidłowej realizacji;

e) w przypadku rezygnacji ze świadczenia usług, odbiorca zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie Realizatora programu.

§ 6. Dane osobowe

1. Administratorem przekazanych danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji Programu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim z siedzibą ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

2. Przystępując do udziału w Programie, uczestnik zobowiązany jest do zapoznania się z ogólną informacją o warunkach przetwarzania danych osobowych stanowiącą załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie usługi.

3. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych oznacza akceptację niniejszego Regulaminu.

§ 7. Informacje dodatkowe

1. Usługi opieki wytchnieniowej świadczone są w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

2. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej, z zastrzeżeniem limitu, o którym mowa w §2 ust.3. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być realizowane od godz. 6.00 do 22.00.

3. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

4. Miejsce i zakres usług określa uczestnik Programu w porozumieniu z osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej.

5. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.

6. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej. Jednocześnie, w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy realizator Programu pomimo przyznania usług opieki wytchnieniowej osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal posiada wolne miejsca do udziału w Programie, jest on obowiązany do ogłoszenia uzupełniającego naboru uczestników do Programu.

§ 8. Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.

2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji stanowiącej załącznik **nr 8** do niniejszego Regulaminu z podaniem powodu rezygnacji.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. Realizator zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu.

2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzą w życie z dniem ich ogłoszenia.

3. Regulamin obowiązuje przez czas trwania Programu.

4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Załączniki

1. Karta zgłoszenia do Programu OW

2. Klauzulę informacyjną RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie

3. Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia

4. Oświadczenie o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie

5. Oświadczenie dotyczące wskazania Opiekuna
6. Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
7. Protokół kontroli
8. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

WZÓR

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) / 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 świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

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 negatywie 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 negatywie 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,
   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.

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
w Programie „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27 - 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 249 94 08, adres e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl.

2. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są przepisy:

-art. 6 ust. 1 lit c RODO, tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego m.in. z ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych

-art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;

-art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym jakim jest realizacja Programu „Opieka Wytchnieniowa",

-art. 9 ust. 2 lit. g RODO tj. niezbędność przetwarzania danych ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,

-art. 9 ust. 2 lit. b RODO – tj. wypełnienie obowiązków i wykonywania szczególnych praw w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą podmioty uprawnione do udostępnienia im danych na mocy przepisów prawa, oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie zawartych umów. Ponadto dane osobowe mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Świętokrzyskiemu, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.

4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub wynikającego z ewentualnych roszczeń.

5. Posiada Pani/Pan z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, następujące uprawnienia: prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, prawo do ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Panu/Pani także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

6. Podanie danych osobowych jest niezbędne w celu uczestnictwa w Programie.

7. Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 RODO.

Zapoznałam/zapoznałem się ….……..……(data i podpis)

Załącznik nr 3 do Regulaminu

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" – EDYCJA 2026
OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

Ja niżej podpisany/podpisana ……..……..…….……,

oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością ……...……..., nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu:

·TAK

·NIE

2. Korzysta / nie korzysta* z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej, placówek dla osób uczących się lub studiujących, innych.

Jeśli korzysta, podać jakie:

…….....

…….....

3. Korzysta / nie korzysta* z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych

Jeśli korzysta, podać jakie:

…….....

…….....

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*

……..……

Podpis uczestnika Programu

** Niewłaściwe skreślić*

---

[1] 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 od 6 miesięcy do lat 8"

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia……

……
(imię i nazwisko)

…….
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub

członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą

z niepełnosprawnością - Panią/Panem…….....……, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

……
(Podpis członka /opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do Regulaminu

DEKLARACJA
uczestnika Programu dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 r.

Ja, ……...

uczestnik Programu wskazuję

Panią/Pana……...……..
zam……...…….

tel: ……..……, e-mail: ……..……

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach w/w Programu.

Oświadczam, że wskazany przez mnie opiekun zgodnie z Programem „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026:

Zgodnie z Programem w/w nie jest dla osoby z niepełnosprawnością opiekunem prawnym, członkiem rodziny. Wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej i akceptuję jego wybór jako opiekuna w Programie.

Za członków rodziny uznać należy: wstępnych, zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

*pokrewieństwo ze wskazanym w deklaracji opiekunem dotyczy osoby z niepełnosprawnością.

data ....…

(podpis czytelny)

Załącznik nr 6 do Regulaminu

Ostrowiec Św., dnia……

Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby zniepełnosprawnością…….....…….…….....
…….....

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

…….....

…….....

Zaznaczyć znakiem „X" odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK" lub w kolumnie „NIE". Odpowiedź „TAK" – 1 pkt, odpowiedź „NIE" – 0 pkt

Stopień znaczny „Sprzężony" – 2 pkt Stopień znaczny „Niesprzężony" – 1 pkt

Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do Programu:	TAK	NIE	Liczba punktów
Członek rodziny lub opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością	Znaczny „sprzężony"	Znaczny „niesprzężony"	Liczba punktów
Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. ze ośrodków wsparcia, placówek 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 i nie studiuje	TAK	NIE	Liczba punktów
Nieaktywny zawodowo członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością			
Badanie/weryfikacja po uwzględnieniu Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026	TAK	NIE	Liczba punktów
Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia:			
Osoba wymaga wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej			
Osoba wymaga wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			
Osoba wymaga wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			

Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:	TAK	NIE	Liczba punktów
Czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej – wymaga wsparcia			
Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania - wymaga wsparcia			
Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem – wymaga wsparcia			
	TAK	NIE	Liczba punktów
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			
Czy członek rodziny/ opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednia opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osoba z niepełnosprawnością			
SUMA			

Data i podpisy osób dokonujących ocenę:

..…….....

…….....

……

……

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

-przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ogółem……. godzin*****

-wpisaniu na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej. *****

-o odmowie przyznania usług opieki wytchnieniowej wraz z uzasadnieniem. *** * niepotrzebne skreślić**

Data i podpis koordynatora Programu:

.....

Załącznik nr 7 do Regulaminu

Ostrowiec Świętokrzyski, data kontroli……..2026 r.

Protokół NR……
z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Dane uczestnika programu:

1. Imię i nazwisko uczestnika programu:

……

2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy)

……

3. Adres (miejsce kontroli)

……

II. Ocena pracy opiekuna

1. Imię i nazwisko opiekuna:

……

2. Jak często przychodzi opiekun?

……

3. W jakich godzinach/ porach dnia przychodzi opiekun?

……

4. Zakres czynności, w jakich pomaga Panu(i) opiekun:

1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiad, kolacji,
6) słanie łóżka,
7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
11) podawanie basenu, kaczki,
12) zmiana pampersów,
13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
14) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
15) pomoc w przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania,
16) inne, należy wskazać jakie:
……..……

……...
.....

Ustalono, że opiekun realizuje/ nie realizuje * usługi zgodnie z zakresem czynności.

*(niepotrzebne skreślić)

Uczestnik nie zgłasza zastrzeżeń co do jakości świadczonych usług przez opiekuna.

Uczestnik zgłasza następujące uwagi co do jakości świadczonych usług przez opiekuna:

……....

…….

…….

……

Osoby przeprowadzające kontrolę:

1…….. -…….

2…….. -…….

3……...-…….

……..

(Podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego)

Załącznik nr 8 do Regulaminu

Ostrowiec Św., dnia …….

……

……

……

(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU w Programie „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026

Oświadczam, że z dniem …… rezygnuję z udziału w programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Powodem mojej rezygnacji jest: ……..……..……..……
……
……
……..……..…….....…….

……..……..

(czytelny podpis uczestnika Programu)