



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 2
do Regulaminu Rekrutacji i Realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026

**Karta oceny indywidualnej sytuacji
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością**

**na potrzeby rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna)

oświadczam, że:

➤ **osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:**

1. Korzysta z innego wsparcia instytucjonalnego (placówka pobytu całodobowego, ośrodek wsparcia, dzienny dom pomocy, klub samopomocy, środowiskowy dom samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej)

TAK ☐ NIE ☐

2. Wymaga wsparcia w zakresie:

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

➤ **Jako opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością:**

- Korzystałem/am z Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025
TAK ☐ NIE ☐
- Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kopię orzeczenia)
TAK ☐ NIE ☐
- Jestem osobą w wieku 70+
TAK ☐ NIE ☐
- Zamieszkuję wyłącznie z osobą z niepełnosprawnością (brak innych domowników)
TAK ☐ NIE ☐

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia *

.....
data i podpis uczestnika

* art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznanie 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”.