



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Gmina  
Chojnice

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026  
jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych  
od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

## Oświadczenia kandydata do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Imię i nazwisko Opiekuna – kandydata do udziału w Programie:

.....

Imię i nazwisko Osoby/ów z niepełnosprawnością wymagającej/yh opieki\*:

.....

*(Uwaga: definicje braku możliwości korzystania ze wsparcia, ograniczonych możliwości korzystania ze wsparcia i dużych możliwości korzystania ze wsparcia znajdują się na końcu oświadczenia)*

### I. Oświadczenia dotyczące członka rodziny/opiekuna Osoby/Osób z niepełnosprawnością

**Oświadczam, że:**

1. **Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym** z Osobą/ami z niepełnosprawnością, która/e wymaga/ją stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego\* i sprawuję nad Nią/Nimi bezpośrednią opiekę.

Tak

Nie

2. Legitymuję się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym:

*Uwaga: orzeczenie należy przedłożyć do wglądu*

Tak

Nie

*Potwierdzenie przez pracownika GOPS przedłożenia  
aktualnego na dzień złożenia wniosku orzeczenia o znacznym  
lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności:*

.....  
(podpis i pieczęćka pracownika)



Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

Jednocześnie zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu o wszelkich zmianach, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia zmian.

.....  
(data i podpis Opiekuna - kandydata do udziału w Programie)

\*Osoba/Osoby z niepełnosprawnością wymagająca/e opieki, Osoba/y z niepełnosprawnością – osoba/y podana/e w Karcie zgłoszenia do Programu

Definicje:

- **Wsparcie od osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących** – faktyczna możliwość uzyskania przez opiekuna pomocy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością od innych domowników, wynikająca z ich obecności, stanu zdrowia i dyspozycyjności;
- **Wsparcie od innych osób** – pomoc udzielana opiekunowi przez osoby niezamieszkujące wspólnie, mająca charakter realny i możliwy do wykorzystania w odciążeniu opiekuna od codziennych obowiązków;
- **Brak możliwości uzyskania wsparcia** – sytuacja, w której brak jest realnej możliwości uzyskania wsparcia od określonej kategorii osób (osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących lub innych osób), ze względu na:
  - brak takich osób,
  - wiek, stan zdrowia, obowiązki zawodowe lub opiekuńcze,
  - inne istotne okoliczności;
- **Ograniczona możliwość uzyskania wsparcia** – sytuacja, w której pomoc od domowników lub innych osób jest dostępna, lecz ma charakter jedynie częściowy, czasowy lub jest niewystarczająca w stosunku do intensywności opieki wymaganej przez osobę z niepełnosprawnością

Informacje zawarte w oświadczeniu służą dokonaniu oceny indywidualnej sytuacji opiekuna przy kwalifikowaniu do udziału w Programie.