Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik do zarządzenia Nr 11/2026
z dnia 3 marca 2026 r.

Załącznik Nr 4 do Regulaminu rekrutacji
i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Oświadczenie kandydata dotyczące spełnienia kryteriów rekrutacji

Imię i nazwisko kandydata: ……

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a także świadomy celu składania zeznań oświadczam, że:

1. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ……..., który/a jest:
☐ dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności;
☐ osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
☐ osobą posiadającą orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem 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.

2. Stan zdrowia kandydata:
……
……
……

3. Sytuacja życiowa kandydata:
1) ☐ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z …….. osobą/osobami * (liczba osób)
2) ☐ zamieszkuję i prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z osobami z niepełnosprawnością*
……
(proszę wskazać liczbę tych osób oraz ich stopień niepełnosprawności)

☐ nie zamieszkuję i nie prowadzę wspólnego gospodarstwa domowego z osobami z niepełnosprawnością*
3) ☐ mam możliwość korzystania ze wsparcia bliskich *, kogo: ……..
☐ nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich *

* zaznaczyć prawidłową odpowiedź

4. Kryteria rekrutacji do uczestnictwa w Programie:

Opis kryterium	Nie korzysta	Korzysta	Podać czas pobytu i placówkę
Dziecko/osoba z niepełnosprawnością stale przebywa w domu i nie korzysta, np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, nie uczy się lub nie studiuje.			
Otrzymane wsparcie w innych programach lub projektach:			Podać ilość przyznanych godzin
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (dotyczy również otrzymanego wsparcia w innej placówce np. PCPR)			
„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (dotyczy również otrzymanego wsparcia w innej placówce np. PCPR)			
Projekt „CUS II dla powiatu bełchatowskiego"			
Projekt „Pomocna dłoń" – usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego			
Projekt „Świetlica środowiskowa Przystań"			
Inne, wymienić:			

5. Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się i akceptuję treść „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026" realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z prawami i obowiązkami wynikającymi z przyznania usług opieki wytchnieniowej. Ponadto w przypadku jakiejkolwiek zmiany mającej wpływ na prawo do przyznania usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, pobyt w szpitalu, umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej lub Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), niezwłocznie poinformuję Beneficjenta, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

Podpis Uczestnika Programu