



## ANKIETA INFORMACYJNA I OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

### Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

*(formularz składany wraz z kartą zgłoszenia)*

#### A. Dane opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko: ..... Adres zamieszkania:

..... Telefon kontaktowy:

.....

#### B. Informacje dotyczące osoby z niepełnosprawnością

1. Osoba z niepełnosprawnością:  posiada znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne  
 jest dzieckiem w wieku od 2 do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności
2. Czy osoba z niepełnosprawnością:
  - ma niepełnosprawność sprzężoną / złożoną?  tak  nie
  - wymaga wysokiego poziomu wsparcia?  tak  nie
  - stale przebywa w domu (nie korzysta z placówek całodobowych, WTZ, szkoły z internatem)?  tak  nie

#### C. Sytuacja opiekuna

1. Aktywność zawodowa:  pracuję w pełnym wymiarze czasu pracy  
 pracuję w niepełnym wymiarze czasu pracy  
 pracuję dorywczo / na podstawie umów cywilnoprawnych



- nie pracuję
- jestem emerytem / rencistą

Jeżeli nie pracuje Pan/Pani lub pracuje w ograniczonym zakresie, proszę wskazać przyczynę:

- konieczność sprawowania stałej opieki
- brak możliwości zapewnienia zastępstwa
- stan zdrowia
- inne: .....

2. Zakres sprawowanej opieki:

Czy sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę przez większość dnia?  tak  nie

Średni czas opieki dziennie:

- do 4 godzin
- 4–8 godzin
- powyżej 8 godzin / opieka całodobowa

3. Możliwość zastępstwa w opiece:

- tak – regularnie
- tak – sporadycznie
- nie – opieka spoczywa wyłącznie na mnie

4. Wsparcie innych osób dorosłych:

Czy w codziennej opiece pomagają inne osoby dorosłe?  tak  nie

Jeżeli tak, proszę krótko opisać zakres pomocy:

.....

5. Subiektywna ocena obciążenia opieką:



- niewielkie
- umiarkowane
- duże
- bardzo duże

#### **D. Korzystanie z innych form wsparcia**

Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością:

- nie korzysta /  korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych
- nie korzysta /  korzysta z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
- nie pobiera /  pobiera świadczenie wspierające
- nie pobiera /  pobiera świadczenie pielęgnacyjne

#### **E. Oświadczenia końcowe**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026.
2. Przyjmuję do wiadomości, że Program realizowany jest w ramach ograniczonej liczby miejsc i dostępnych środków finansowych, a spełnienie kryteriów nie oznacza automatycznego przyznania usług.
3. Zobowiązuję się do poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sanoku o każdej zmianie, która może mieć wpływ na możliwość lub zakres korzystania z usług, nie później niż w terminie 7 dni od jej wystąpienia.
4. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data: .....

Czytelny podpis opiekuna: .....