Opieka wytchnieniowa - edycja 2026

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Wsi Lęborskiej, w związku z ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej naborem wniosków w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zaprasza osoby z terenu Gminy Nowa Wieś Lęborska zainteresowane tym rodzajem wsparcia w 2026 roku do wypełnienia poniższego formularza.

UWAGA: Wypełnienie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie.

Dane osoby zajmującej się osobą z niepełnosprawnościami (dane osoby sprawującej opiekę):

1. Imię i nazwisko:

   _____

2. Adres zamieszkania:

   _____

3. Nr telefonu:

   _____

Dane osoby wymagającej opieki - osoby nad którą sprawowana jest opieka:

4. Imię i nazwisko:

   _____

5. Adres zamieszkania:

   _____

6. Wiek:

_____

7. Rodzaj i stopień niepełnosprawności:

_____

8. Proszę o wskazanie rodzaju niepełnosprawności:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe, stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa)
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ zaburzenia psychiczne
☐ dysfunkcja o podłożu neurologicznym
☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu
☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Proszę wskazać w jakich czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

☐ czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej)
☐ przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp.)
☐ podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
☐ inne

10. Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawowana jest opieka - w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

_____

11. Czy osoba z niepełnosprawnością - nad którą sprawowana jest opieka 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 1991r o systemie oświaty (Dz.U. z 2025, poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ◯ tak
- ◯ nie

12. Czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ◯ tak
- ◯ nie

13. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ◯ opieka dzienna (m.in. w miejscu zamieszkania i miejscach wyszczególnionych w cz. V, ust. 6, pkt 1, lit. a-f Programu;)
- ◯ opieka całodobowa (w miejscu zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, o których mowa w cz. V, ust.6 pkt.2, lit. a-i Programu.

14. Proszę o podanie w jakich godzinach i dniach tygodnia potrzebne jest wsparcie:

_____

15. Czy wskazuje Pan/Pani osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą niepełnosprawną, która ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ◯ tak
- ◯ nie

16. Jeżeli TAK, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

_____

Ta treść nie została utworzona ani zatwierdzona przez Google.

Formularze Google