



GMINA STAROŻREBY
CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH
W STAROŻREBACH
tel. (24) 268 28 34



09-440 Starożreby ul. Głowackiego 2

e-mail: e.cieciewicz@starozreby.pl

e-PUAP: /gops-starozreby/Kancelaria GOPS

ANKIETA „OPIEKA WYTCHNIENIOWA ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - EDYCJA 2026

Szanowni Państwo, Gmina Starożreby przygotowuje diagnozę zapotrzebowania na usługi z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 r. Na podstawie zebranych danych w ramach poniższej ankiety Gmina dokona oszacowania potrzeb mieszkańców w zakresie zainteresowania skorzystaniem z Programu w 2026 r.

Program jest kierowany do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Metryczka:

Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

.....

Miejsce zamieszkania (sama nazwa miejscowości):

Numer telefonu: **Wiek osoby niepełnosprawnej**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 na rzecz :

.....

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

.....

(wiek osoby niepełnosprawnej)

1. Którą z form realizacji Programu jest Pan/Pani zainteresowany/a? (zaznaczyć odpowiednie pole):

- ☐ w formie pobytu dziennego – maksymalna ilość godzin opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 240 godzin w ciągu roku,
- ☐ w formie pobytu całodobowego – maksymalna ilość dni opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 14 dni w ciągu roku.

2. Oświadczam , że ww. osoba niepełnosprawna posiada orzeczenie/orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydane na okres od dor.

Jednocześnie informuję, że osoba z niepełnosprawnością (zaznaczyć właściwe):

- ☐ posiada niepełnosprawność sprzężoną
- ☐ stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego



09-440 Starożreby ul. Głowackiego 2

e-mail: e.ciecwierz@starozreby.pl

e-PUAP: /gops-starozreby/Kancelaria GOPS

3. Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej? : ☐ tak ☐ nie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej do niniejszej Ankiety zamieszczonej na stronie CUS.

.....
Podpis osoby wypełniającej ankietę

Ankietę należy złożyć do:

Centrum Usług Społecznych w Starożrebach, ul. Głowackiego 2, 09-440 Starożreby lub na adres mailowy:

cus@starozreby.pl do dnia 24.10.2025 r (do godziny 15:00).

UWAGA! Złożenie ankiety nie jest równoznaczne z aplikowaniem do udziału w Programie, a jedynie służy diagnozie potrzeb w zakresie szacowania kosztów realizacji danych usług.

