



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

ANKIETA

Dane podstawowe członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/ dane teleadresowe:	
Województwo:	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego:	
☐ TAK ☐ NIE	
Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego:	
☐ TAK ☐ NIE	
Sprawuję bezpośrednią opiekę nad:	
☐ dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	
☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	
☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913)	
Dane podstawowe osoby nad którą ww. sprawuje bezpośrednią opiekę:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/ dane teleadresowe:	
Województwo:	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	

Jasło, dnia

/Data i czytelny podpis/



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Celem niniejszej ankiety jest dokonanie diagnozy potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na terenie gminy wiejskiej Jasto, w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. **Do ankiety należy dołączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (do wglądu należy przedłożyć oryginał orzeczenia). Złożenie ankiety nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem Pana/Pani do udziału w Programie, a jedynie służy zaplanowaniu środków finansowych w ramach przedmiotowego Programu.**