

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych -
edycja 2025**

- I. Dane osoby ubiegającej się o objęcie działaniami w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025, zwanej dalej „opiekunem osoby niepełnosprawnej”:**

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	
Data urodzenia:	

- II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, którą opiekuje się opiekun osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

III. Osoba z niepełnosprawnością, wymieniona w pkt II, którą opiekuje się opiekun osoby niepełnosprawnej jest*:

	tak	nie
a) dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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,	☐	☐
b) osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności	☐	☐

IV. Podstawa, z której wynika fakt bycia opiekunem osoby niepełnosprawnej, wymienionej w pkt II:

	tak	nie
a) matka lub ojciec	☐	☐
b) opiekun faktyczny dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka	☐	☐
c) rodzina zastępcza spokrewniona albo rodzina zastępcza niezawodowa w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49)	☐	☐
d) rodzic zastępczy zawodowy albo prowadzący rodzinny dom dziecka niepobierający z tego tytułu wynagrodzenia w przypadkach, o których mowa w art. 54 ust. 6 oraz art. 62 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	☐	☐
e) małżonek	☐	☐
f) inna osoba, na której zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809, z późn. zm.) ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności	☐	☐

V. Czy występuje przypadek szczególnej sytuacji opiekuna osoby niepełnosprawnej:

	tak	nie
a) utracił prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego albo zasiłku dla opiekuna, po 31 grudnia 2023 r., w związku z otrzymaniem przez osobę z niepełnosprawnością, nad którą sprawowana była opieka, świadczenia wspierającego	☐	☐
b) nie jest aktywny zawodowo lub wykonuje pracę poniżej swoich kwalifikacji	☐	☐
c) ma ograniczone możliwości aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością	☐	☐
d) chce pogodzić obowiązki opiekuńcze z pracą zawodową, ale potrzebuje dodatkowego wsparcia organizacyjnego i psychologicznego	☐	☐

VI. Dane opisujące sytuację opiekuna osoby niepełnosprawnej, przed objęciem wsparciem w ramach Programu:

a. Liczba osób z niepełnosprawnością, nad którymi sprawuje Pan/i opiekę:

b. Czy pobiera Pan/i świadczenia pieniężne z tytułu pełnienia opieki nad osobą z niepełnosprawnością (lub inne, których przyznanie zależy od wysokości uzyskiwanego dochodu):

i. Tak ☐

ii. Nie ☐

Jeśli TAK, proszę wskazać jakie:

.....

c. Posiadane wykształcenie (*podkreśl właściwe*):

i. Podstawowe

ii. Gimnazjum

iii. Średnie

iv. *Zawodowe

v. *Wyższe

- d. *Jeżeli posiada Pan/i wykształcenie zawodowe lub wyższe; proszę wskazać obszar posiadanego wykształcenia/zawodu:
- e. Sytuacja zawodowa:
- i. Czy jest Pan/i obecnie zatrudniony/a:
1. Tak ☐
2. Nie ☐
- ii. Jeśli TAK, proszę wskazać:
- a) podstawę zatrudnienia:
- b) wymiar wykonywanej pracy:
- c) jak długo jest Pan/i zatrudniony/a:
- d) na jakim stanowisku jest Pan/i zatrudniony/a:
- iii. Jeśli NIE, czy jest Pan/i:
- a) Bezrobotny/a, jeśli tak proszę wskazać jak długo:
- b) Czy poszukuje Pan/i pracy, jeśli tak proszę wskazać jak długo:
- f. Dotychczasowe doświadczenie zawodowe (*należy wskazać okresy zatrudnienia i zakresy wykonywanych obowiązków*):
-
-
-
-
-
-
- g. Oczekiwania opiekuna osoby niepełnosprawnej:
- i. Jaki cel chce Pan/i osiągnąć biorąc udział w Programie?
-
-
-
-
- ii. Czy jest Pan/i w stanie podjąć pracę/staż/praktyki, jeśli tak proszę wskazać:

- a) w jakim wymiarze:
- b) na jakiej podstawie:
- c) na jakim stanowisku/w jakiej branży:
- iii. Czy w czasie nieobecności Pana/i, spowodowanej uczestnictwem w działaniach wynikających z realizacji Programu, osoba z niepełnosprawnością nad którą na co dzień sprawuje Pan/i opiekę będzie miała zapewnioną opiekę innej osoby:
1. Tak ☐
2. Nie ☐

VII. Które działania mają być realizowane wobec opiekuna osoby niepełnosprawnej:**

Moduł I - Doradztwo zawodowe i planowanie kariery uczestnika Programu oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia	tak	nie
a) indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym	☐	☐
b) warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych	☐	☐
c) analiza kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej	☐	☐
d) wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu	☐	☐
e) wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umów cywilnoprawnych, z uwzględnieniem m.in. pracy zdalnej, różnych form organizacji czasu pracy, pracy w różnych wymiarach czasu pracy, zatrudnienia na czas określony, pracy tymczasowej, zatrudnienia na czas wykonania określonej pracy	☐	☐
f) wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych	☐	☐
g) wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	☐	☐
h) wsparcie w założeniu własnej działalności gospodarczej przez uczestnika Programu	☐	☐

Moduł II - Wsparcie psychologiczne i społeczne uczestnika Programu oraz podnoszenie kwalifikacji uczestnika Programu przez udział w szkoleniach i kursach	tak	nie
a) warsztaty radzenia sobie ze stresem	☐	☐
b) konsultacje z psychologiem i coachem kariery	☐	☐
c) warsztaty o tematyce przeciwdziałania wykluczeniu i izolacji społecznej opiekunów osób niepełnosprawnych	☐	☐
d) warsztaty albo konsultacje mające na celu poprawę relacji rodzinnych i społecznych oraz równowagi między życiem zawodowym a osobistym	☐	☐
e) szkolenia o charakterze warsztatowym dotyczące np. zarządzania czasem, negocjacji, asertywności, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z konfliktami, inteligencji emocjonalnej, pracy zespołowej	☐	☐
f) kursy komputerowe dostosowane do poziomu zaawansowania obsługi komputera przez uczestnika Programu	☐	☐
g) szkolenia lub kursy z obszaru już posiadanych umiejętności/kwalifikacji - aktualizacja wiedzy po przerwie w wykonywaniu pracy	☐	☐
h) szkolenia lub kursy zawodowe pozwalające uzyskać nowe kompetencje i/lub uprawnienia zawodowe	☐	☐

VIII. Dotychczasowy udział opiekuna osoby niepełnosprawnej w Programie wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025:

	tak	nie
a) opiekun osoby niepełnosprawnej aktualnie uczestniczy bądź uczestniczył w Programie wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025		
b) wobec opiekuna osoby niepełnosprawnej realizowane były działania objęte Modułem I - Doradztwo zawodowe i planowanie kariery uczestnika Programu oraz pomoc w zakresie uzyskania elastycznych form zatrudnienia przez uczestnika Programu		

c) wobec opiekuna osoby niepełnosprawnej realizowane były działania objęte Modułem II - Wsparcie psychologiczne i społeczne uczestnika Programu oraz szkolenia i podnoszenie kwalifikacji uczestnika Programu		
---	--	--

IX. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025.
3. Oświadczam, że w godzinach realizacji działań objętych Programem wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025, wobec mnie nie będą świadczone inne formy pomocy, tożsame z działaniami objętymi Programem wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 finansowane ze środków publicznych (krajowych lub zagranicznych).
4. Oświadczam, że na każde żądanie udostępnię dodatkowe informacje i dokumenty dla potwierdzenia okoliczności wskazanych przeze mnie w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025.

Miejscowość, data

.....

Podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej

Potwierdzam uprawnienie opiekuna osoby niepełnosprawnej do objęcia działaniami w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025.

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

** Realizator Programu obowiązany jest do poinformowania opiekuna osoby niepełnosprawnej, który Moduł Programu jest przez niego realizowany.