Załącznik nr 1

do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

*WZÓR*

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

1. **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: |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Adres zamieszkania: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | tak | nie |
| 1. 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, | □ | □ |
| 1. osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności | □ | □ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | tak | nie |
| 1. matka lub ojciec | □ | □ |
| 1. opiekun faktyczny dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka | □ | □ |
| 1. 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) | □ | □ |
| 1. 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 | □ | □ |
| 1. małżonek | □ | □ |
| 1. 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 | □ | □ |

1. **Czy występuje przypadek szczególnej sytuacji opiekuna osoby niepełnosprawnej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | tak | nie |
| 1. 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 | □ | □ |
| 1. nie jest aktywny zawodowo lub wykonuje pracę poniżej swoich kwalifikacji | □ | □ |
| 1. ma ograniczone możliwości aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością | □ | □ |
| 1. chce pogodzić obowiązki opiekuńcze z pracą zawodową, ale potrzebuje dodatkowego wsparcia organizacyjnego i psychologicznego | □ | □ |

1. **Dane opisujące sytuację opiekuna osoby niepełnosprawnej, przed objęciem wsparciem w ramach Programu:**
   1. Liczba osób z niepełnosprawnością, nad którymi sprawuje Pan/i opiekę: …………………………
   2. Czy pobiera Pan/i świadczenia pieniężne z tytułu pełnienia opieki nad osobą z niepełnosprawnością (lub inne, których przyznanie zależy od wysokości uzyskiwanego dochodu):
      * 1. Tak □
        2. Nie □

Jeśli TAK, proszę wskazać jakie: …………..…………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………

* 1. Posiadane wykształcenie (*podkreśl właściwe*):
     1. Podstawowe
     2. Gimnazjum
     3. Średnie
     4. \*Zawodowe
     5. \*Wyższe
  2. \*Jeżeli posiada Pan/i wykształcenie zawodowe lub wyższe; proszę wskazać obszar posiadanego wykształcenia/zawodu: ……………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
  3. Sytuacja zawodowa:
     1. Czy jest Pan/i obecnie zatrudniony/a:
        + 1. Tak □
          2. Nie □
     2. Jeśli TAK, proszę wskazać:

podstawę zatrudnienia: ………………………………………………………………………………………….

wymiar wykonywanej pracy: ………………………………………………………………………………….

jak długo jest Pan/i zatrudniony/a: ………………………………………………………………………..

na jakim stanowisku jest Pan/i zatrudniony/a: …….………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………….

* + 1. Jeśli NIE, czy jest Pan/i:
       - 1. Bezrobotny/a, jeśli tak proszę wskazać jak długo: …………………………………………..…….
         2. Czy poszukuje Pan/i pracy, jeśli tak proszę wskazać jak długo: ………………………………
  1. Dotychczasowe doświadczenie zawodowe (*należy wskazać okresy zatrudnienia i zakresy wykonywanych obowiązków*):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Oczekiwania opiekuna osoby niepełnosprawnej:
     1. Jaki cel chce Pan/i osiągnąć biorąc udział w Programie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
     2. Czy jest Pan/i w stanie podjąć pracę/staż/praktyki, jeśli tak proszę wskazać:
        1. w jakim wymiarze: ……………………………………………………………………………………………….
        2. na jakiej podstawie: …………………………………………………………………………………………….
        3. na jakim stanowisku/w jakiej branży: ………………………………………………………………….
     3. Czy w czasie nieobecności Pana/i, spowodowanej uczestniczeniem 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 □

1. **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 |
| 1. indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym | □ | □ |
| 1. warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych | □ | □ |
| 1. analiza kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej | □ | □ |
| 1. wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu | □ | □ |
| 1. 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 | □ | □ |
| 1. wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych | □ | □ |
| 1. wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością | □ | □ |
| 1. 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 |
| 1. warsztaty radzenia sobie ze stresem | □ | □ |
| 1. konsultacje z psychologiem i coachem kariery | □ | □ |
| 1. warsztaty o tematyce przeciwdziałania wykluczeniu i izolacji społecznej opiekunów osób niepełnosprawnych | □ | □ |
| 1. warsztaty albo konsultacje mające na celu poprawę relacji rodzinnych i społecznych oraz równowagi między życiem zawodowym a osobistym | □ | □ |
| 1. szkolenia o charakterze warsztatowym dotyczące np. zarządzania czasem, negocjacji, asertywności, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z konfliktami, inteligencji emocjonalnej, pracy zespołowej | □ | □ |
| 1. kursy komputerowe dostosowane do poziomu zaawansowania obsługi komputera przez uczestnika Programu | □ | □ |
| 1. szkolenia lub kursy z obszaru już posiadanych umiejętności/kwalifikacji - aktualizacja wiedzy po przerwie w wykonywaniu pracy | □ | □ |
| 1. szkolenia lub kursy zawodowe pozwalające uzyskać nowe kompetencje i/lub uprawnienia zawodowe | □ | □ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | tak | nie |
| 1. opiekun osoby niepełnosprawnej aktualnie uczestniczy bądź uczestniczył w Programie wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 |  |  |
| 1. 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 |  |  |
| 1. 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 objęcie 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.