Dzierzążnia , dnia…………………….

……………………………………..............

Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

……………………………........…...........

…………………………………………………

adres

…………………………………………………

nr telefonu do kontaktu

 **DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA**

 **WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2026**

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

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

 (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej) ( wiek osoby niepełnosprawnej)

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.

Oświadczam , że ww. osoba niepełnopsrawna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydane na okres od ………………..…. do ……………………..r.

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

- posiada niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną,

- wymaga wysokiego poziomu wsparcia,

- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu

całodobowego.

 ………………………….…………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna osoby niepełnosprawnej