

**Zgłoszenie chęci udziału w ramach
Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

Imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej :

.....

miejsce zamieszkania:

numer
telefon.....

1. Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

Imię i nazwisko

Jeżeli jest to dziecko do 16 roku życia proszę podać wiek.....

- dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

2. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- dysfunkcja narządu wzroku,
- zaburzenia psychiczne,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

3. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: lat .

4. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:

pobyt dzienny w ilości godzin (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 240 godzin w roku),

5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

tak nie

6. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu* tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi?

tak nie

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

.....
(data)

.....
(podpis)

