

....., dnia.....

.....
(Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby niepełnosprawnej)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCZNIENIOWA” – EDYCJA 2026

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

.....
(imię i nazwisko osoby zależnej - niepełnosprawnej)

.....
(wiek osoby niepełnosprawnej)

Jestem zainteresowany przystąpieniem do Programu (zaznaczyć odpowiednie pole):

- w formie pobytu dziennego np. w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej – 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 niepełnosprawna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, wydane na okres od do

Jednocześnie informuję, że osoba niepełnosprawna stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego. **TAK/NIE (właściwe zakreślić)**

Oświadczam, że w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” mam możliwość wskazania osoby, która spełnia wymogi Programu do pełnienia funkcji opiekuna, tj. posiada stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi – **TAK/NIE (właściwe zakreślić).**

Oświadczam, że zamieszkuję i prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z wyżej wskazaną osobą niepełnosprawną i jestem członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej (wstępny, zstępny, krewny w linii bocznej, małżonek, wstępny oraz zstępny małżonka, krewny w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością **TAK/NIE (właściwe zakreślić)**

.....
(Podpis rodzica/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

W przypadku braku wskazania przez członka rodziny osoby, która może świadczyć pomoc w formie opieki wytchnieniowej - usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć:

- 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
- 2) osoby posiadające, co najmniej półroczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.