



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**Deklaracja chęci uczestnictwa
w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

Telefon:

2. Czy osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

a) w stopniu znacznym TAK NIE

b) inne (jakie).....

3. W przypadku dzieci: czy dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

TAK NIE

4. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce, preferowana ilość godzin

całodobowa, miejsce, preferowana ilość dni

5. Czy w przypadku usług dziennej opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, zostanie przez Panią/Pan wskazana osoba do realizacji niniejszych usług:

TAK NIE

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) 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 jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie. Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

.....

(data)

.....

(Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)