

Tczew, 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 zależnej - niepełnosprawnej)

Program jest realizowany w dwóch formach (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 zależna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydane na okres od do

Jednocześnie informuję, że osoba zależna (zaznaczyć właściwe):

- posiada niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną**,
- wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

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).

.....
Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej

* Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług.

** Niepełnosprawność sprzężona oznacza co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności występujące u jednej osoby łącznie.

Usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej mogą być świadczone przez:

- osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej
- osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).