

**Deklaracja chęci uczestnictwa   
w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**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 do 16 roku życia:**

**Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji edukacji?**

**□** TAK **□** NIE

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

**□** dzienna, miejsce, ilość godzin………………………………………………………….

**□** całodobowa, miejsce 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 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.
4. Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

……………………………………… ……………………………………..

(data) (Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)