



Kołbaskowo, dnia.....

.....
Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

.....

.....

adres

**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

.....

(imię i nazwisko osoby zależnej - niepełnosprawnej)

.....

(wiek osoby zależnej)

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 niepełnosprawności (od 2 do 16 r.ż.),
orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności
traktowane na równi z orzeczeniem o 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.

.....

Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej