

Sulejówek., dnia.....

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

.....

.....

adres

**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA
WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

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

.....

(imię i nazwisko osoby zależnej - niepełnosprawnej)

.....

(wiek osoby zależnej

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” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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).

*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).

.....

Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej