Gizałki, dnia……………….

....................................................................

(Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej)

…………………………………………………………………..

………………………………………………………………….
(adres)
nr. telefonu…………………………………………………..….

.

# DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE

**„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2024**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie mi usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 w formie pobytu dziennego, świadczonego w miejscu zamieszkania na:

…………………………………………………………………

( imię i nazwisko osoby zależnej/ niepełnosprawnej)

W ilości do godzin, rocznie.

( maksymalnie 240 godzin rocznie)

Oświadczam, iż: ww. osoba zależna posiada orzeczenie o stopniu
 (wpisać stopień niepełnosprawności)

niepełnosprawności, wydane na okres od ………………..…. do ……………………………

Jednocześnie informuję, iż 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”- edycja 2024 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)

*\*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 niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym)*