……………………………................ Ujazd , dnia……………………r.

*Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej*

……………………………...............

…………………………………………..

…………………………………………..

*Adres*

**Deklaracja osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 – pobyt całodobowy**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie mi usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w formie **pobytu całodobowego**, świadczonego  
względem: …………………………….……….…………….…………………………………. w wymiarze: …………………………. dób opieki wytchnieniowej rocznie (limit wynosi 14 dób rocznie).

Oświadczam, iż ww. osoba zależna posiada orzeczenie o …………………………… stopniu niepełnosprawności, wydane na okres od ………………..…. do ……………………..

Jednocześnie informuję, iż osoba zależna:

* zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym,
* osoba zależna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną[[1]](#footnote-1),
* stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

……………………………………………

*Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej*

1. Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-1)