WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Programie „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2027

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (UCZESTNIKA)

• Imię i nazwisko: .....

• Data urodzenia: .....

• Adres zamieszkania: .....

• Telefon kontaktowy: ..... E-mail:.....

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / FAKTYCZNEGO (wypełnić, jeśli dotyczy):

• Imię i nazwisko opiekuna: .....

• Telefon kontaktowy: .....

III. INFORMACJE O POSIADANYM ORZECZENIU (proszę zaznaczyć właściwe „X")

• Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równorzędne)

□ TAK □ NIE

• Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (np. dwie różne przyczyny niepełnosprawności w orzeczeniu)

□ TAK □ NIE

• Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub równorzędne)

□ TAK □ NIE

• Orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy dzieci od 2 do 16. roku życia ze wskazaniami pkt 7 i 8) □ TAK □ NIE

IV. POTRZEBY W ZAKRESIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Proszę wskazać preferowaną formę, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

□ dzienna (miejsce, preferowana ilość godzin) ……

□ całodobowa (miejsce, preferowana ilość godzin) …….

V. Czy w przypadku usług dziennej opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, zostanie przez Panią/Pana wskazana osoba do realizacji niniejszych usług?

□ TAK □ NIE

<u>Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi opieki wytchnieniowej w 2027 roku.</u>

<u>Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.</u>

VI. OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, deklaruję, że dane podane w karcie są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość ……..., data ……..

..……

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)