



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

(Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie)

1. Dane osoby niepełnosprawnej wymagającej opieki:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Wiek:

Adres zamieszkania:

Orzeczenie:

☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) Nr: Oddo
(Nr orzeczenia) (okres przyznania)

☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
Nr: Oddo
(Nr orzeczenia) (okres przyznania)

☐ Orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia).
Nr: Oddo
(Nr orzeczenia) (okres przyznania)

2. Dane opiekuna/rodzica osoby z niepełnosprawnością zamieszkującego wspólnie, który ubiega się o przyznanie Usług Opieki Wytnieniowej:

Imię i nazwisko: Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Ja niżej podpisany jednocześnie informuję, że osoba zależna (zaznaczyć właściwe):

- Legitymuję się stopniem niepełnosprawności wskazanym w pkt. 1: ☐ TAK ☐ NIE
- wymaga wysokiego poziomu wsparcia: ☐ TAK ☐ NIE
- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego:
☐ TAK ☐ NIE

Deklaruję chęć uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Jestem zainteresowany(a) niżej wymienioną formą wsparcia (prosimy 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. (w ośrodkach zapewniających całodobową opiekę)

Wskazuję osobę która byłaby w stanie pełnić funkcję opiekuna w ramach usług opiekuna w Programie:

- ☐ TAK (Imię i nazwisko, nr tel. osoby wskazanej)
- ☐ NIE

Miejscowość, dnia

.....
(podpis opiekuna/rodzica osoby
z niepełnosprawnością)



Opiekun wskazany przez uczestnika Programu do realizacji usług:

Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone, przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny, opiekunami, osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 i są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu.

Za członków rodziny uznać należy wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

W przypadku gdy usługi opieki wytchnieniowej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 r. poz. 1802, z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.