

Data przyjęcia deklaracji:.....

Nr deklaracji:.....

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA
WYTCZNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025
W FORMIE POBYTU DZIENNEGO

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI
WYTCZNIENIOWEJ

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy*:

II. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko:

POSIADANE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

OSOBY DOROSŁE

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

albo traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności ,

zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej

i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

DZIECI

dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku posiadającymi orzeczenie
o niepełnosprawności

III. OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ KORZYSTA Z **:

ośrodków wsparcia, jeśli tak to z jakiego

placówek pobytu całodobowego, jeśli tak to z jakich

ze środowiskowego domu pomocy, jeśli tak to z jakiego

z dziennego domu pomocy, jeśli tak to z jakiego

z warsztatów terapii zajęciowej, jeśli tak to z jakich

jest osobą uczącą się, jeśli tak to w jakiej szkole

jest osobą studiującą, jeśli tak to na jakiej uczelni

jest osobą niezatrudnioną

*W przypadku nie podania numeru telefonu do kontaktu druk pn. Deklaracja osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 w formie pobytu dziennego uznaje się za nieprawidłowo złożony i jednocześnie nie jest brany pod uwagę w sytuacji wnioskowania o środki finansowe na ww. cel.

**Punkt III druku pn. Deklaracja osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 w formie pobytu dziennego dotyczy wyłącznie osób, które korzystają z form wsparcia i stale nie przybywają w domu.

IV. OŚWIADCZAM, ŻE WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WW. OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, KTÓRA WYMAGA STAŁEJ OPIEKI W ZAKRESIE POTRZEB ŻYCIA CODZIENNEGO:

TAK

NIE

V. REALIZACJA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Do realizacji usług opieki wytchnieniowej zamierzam:

wskazać osobę, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, 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), opiekunami osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad i dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka) lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością,

nie wskazywać osoby do świadczenia ww. usług.

VI. INFORMACJE OGÓLNE

1. Złożenie Deklaracji osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025 u Realizatora nie jest równoznaczne z przyznaniem usług.
2. Niezakwalifikowanie Deklaracji wstępnej do udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025 może wynikać z niedostatecznego niewypełnienia części I, II,III ,IV i V.
3. Deklaracje osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025 w formie pobytu dziennego należy składać w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu w pok. 5 lub drogą emaliową : mops@mops-kkozle.pl.

.....
Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie