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

1. **DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….................

Telefon kontaktowy\*: ……………………………………..………………………………………………….…………………

1. **DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPARWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….................

POSIADANE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOSCI:

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

1. **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
1. **OŚWIADCZAM, ŻE WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM
Z WW. OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPARWNOŚCIĄ, KTÓRA WYMAGA STAŁEJ OPIEKI
W ZAKRESIE POTRZEB ŻYCIA CODZIENNEGO:**
* **TAK**
* **NIE**
1. **REALIZACJA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Do realizacji usług opieki wytchniowej 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 osoba z niepełnosprawnością,

 nie wskazywać osoby do świadczenia ww. usług.

1. **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 niewypełnienie 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