……………………………................ Kędzierzyn-Koźle, dnia……………………r.

*Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej*

……………………………...............

 *Adres*

………………………………………….

………………………………………….

**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie mi usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 202 w formie pobytu dziennego, świadczonego w miejscu zamieszkania na ……………………………….………………

……………………………………………………... w ilości do ………………………….h rocznie.

 (imię i nazwisko osoby zależnej)

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

Jednocześnie informuję, iż osoba zależna:

* posiada niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną\*lub
* wymaga wysokiego poziomu wsparcia lub
* stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego,

 ……………………………………………

 *Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej*