

.....
Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

Kędzierzyn-Koźle, dnia.....r.

.....
Adres

.....

.....

**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2022**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a przyznaniem mi usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 w formie pobytu dziennego, świadczonego w miejscu zamieszkania na
.....w ilościh rocznie.

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

*Niepełnosprawność sprzężona to niepełnosprawność wieloraka, złożona, składająca się z co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.