DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE

„ OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JST – EDYCJA 2027

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

_____

Nr telefonu _____

Deklaruję chęć przystąpienia do programu Opieka Wytchnieniowa dla JST- edycja 2027 w związku z opieką nad osobą niepełnosprawną:

☐ dziecko (od ukończenia 2 r. ż - do ukończenia 16 r.ż)

☐ os. dorosła

(zaznaczyć właściwe)

Imię i nazwisko oraz wiek

☐ w formie pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania w/w osoby niepełnosprawnej,

☐ w formie pobytu całodobowego w placówce zapewniającej całodobowy pobyt (maksymalnie 14 dób)

która posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub orzeczenie 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

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie zainteresowania uczestnictwem w w/w Programie stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

Podpis