Świecie dn. ……

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZADU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2027

Deklaruję chęć przystąpienia do programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2027 w formie pobytu dziennego w związku z opieką nad osobą niepełnosprawną:

☐dziecko

☐ os. dorosła

(zaznaczyć właściwe)

1. **DANE OPIEKUNA (Wnioskodawcy)**

- Imię i nazwisko: .....data urodzenia……

- Adres zamieszkania: .....

- Numer telefonu / E-mail: .....

2. **DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (Podopiecznego)**

- Imię i nazwisko: .....

- Data urodzenia ……

3.**POSIADANE ORZECZENIE** (zaznaczyć właściwe):

[ ] Dziecko do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności

[ ] Osoba dorosła ze znacznym stopniem niepełnosprawności

[ ] Osoba dorosła z orzeczeniem traktowanym na równi ze znacznym stopniem

4. **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

.....

data i podpis

Dziękujemy za wypełnienie deklaracji