Program „Opieka wytchnieniowa" dla JST – edycja 2027 współfinansowany ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Funduszu Solidarnościowego.

Kalisz, dnia: ...…….....

ANKIETA / DEKLARACJA

Rozeznanie potrzeb na usługi **opieki wytchnieniowej** w 2027 roku.

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi opieki wytchnieniowej w 2027 roku. Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

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 …….

- 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

3. **OKREŚLENIE POTRZEB**

[ ] Pobyt dzienny (limit do 240 godzin rocznie): Wymiar godzinowy: …….....… godzin w 2027 r.

LUB

[ ] Pobyt całodobowy (limit do 14 dób na rok 2027): wymiar dobowy:……. dób w 2027 r.

4. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI SKORZYSTANIA Z PROGRAMU

(Krótki opis sytuacji opiekuńczej, np. konieczność podjęcia leczenia przez opiekuna, sytuacja zawodowa, stan zdrowia opiekuna i podopiecznego):

.....

.....

(Czytelny podpis opiekuna / wnioskodawcy)