……………………………................ Ujazd, dnia……………………r.

*Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej*

……………………………...............

…………………………………………..

…………………………………………..

*Adres*

**Deklaracja osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 – pobyt dzienny**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie mi usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w formie **pobytu dziennego**, świadczonego
w miejscu zamieszkania względem: …………………………….……….…………….………………………………….

w wymiarze nie więcej niż …………………………. godzin rocznie (limit wynosi nie więcej niż 240 godzin rocznie).

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

Jednocześnie informuję, iż osoba zależna:

* zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym,
* stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

Do realizacji usług opieki wytchnieniowej zamierzam:

* wskazać osobę, niebędącą członkiem mojej rodziny ani opiekunem lub osobą faktycznie ze mną zamieszkującą,
* nie wskazywać osoby do świadczenia ww. usług, jednocześnie akceptując opiekuna wskazanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Ujeździe.

 ……………………………………………

 *Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej*