

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny osoby
z niepełnosprawnością

.....
.....
adres

.....
nr telefonu do kontaktu

Zgłoszenie chęci udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w związku ze sprawowaniem przeze mnie bezpośredniej opieki na rzecz:

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością data urodzenia osoby z niepełnosprawnością

posiadającej*:

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności**,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym;
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym – niepełnosprawność sprzężona***,
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności:

Chciał(a)bym skorzystać ze wsparcia*:

- ☐ w formie pobytu dziennego – maksymalna ilość godzin opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 240 godzin w ciągu roku,
- ☐ w formie pobytu całodobowego – maksymalna ilość dni opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 14 dni w ciągu roku.****

Jednocześnie informuję, że zamieszkuję razem ze wskazaną wyżej osobą z niepełnosprawnością, we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Podpis opiekuna/członka rodziny osoby z niepełnosprawnością

* Zaznaczyć właściwe

** Dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia

*** Poprzez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności

**** Istnieje możliwość skorzystania w 2026 r. z obydwu form usług opieki wytchnieniowej