

Subkowy, dnia.....

.....
Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

.....

.....
adres

**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W RESORTOWYM PROGRAMIE
MINISTRA RODZINY PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „OPIEKA
WYTCZNINIOWA” – EDYCJA 2026**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

.....
(imię i nazwisko osoby zależnej - niepełnosprawnej)

.....
(wiek osoby zależnej)

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.

Program jest realizowany w dwóch formach (zaznaczyć odpowiednie pole):

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

Oświadczam, że ww. osoba zależna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres od do

Jednocześnie informuję, że osoba zależna (zaznaczyć właściwe):

- ☐ posiada niepełnosprawność sprzężoną tj. ze wskazaniem w orzeczeniu o niepełnosprawności co najmniej dwóch niepełnosprawności,

- ☐ wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
- ☐ stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia (np. ŚDS) lub placówek pobytu całodobowego (np. DPS).

Zostałem/am poinformowana, że w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” mam możliwość wskazania osoby, która spełnia wymogi Programu do pełnienia funkcji opiekuna.

Więcej informacji o programie mogę uzyskać na stronie internetowej:

<https://niepelnosprawni.gov.pl/program-fs/nabor-wnioskow-w-ramach-resortowego-programu-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-opieka-wychnieniowa-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2026/>

.....
Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej