**Ankieta kwalifikacyjna do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024**

………………………………………………..……………..

Imię i nazwisko

………………………………………………..……………..

Adres zamieszkania

………………………………………………..……………..

Numer telefonu kontaktowego

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności/orzeczeniem traktowanym na równi
z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą.

Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 – w zakresie świadczenie usługi opieki wytchnieniowej,
w formie pobytu całodobowego, za uprzednią zgodą gminy w miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami przez maksymalnie 14 dni.

Oświadczam, że wraz z moim/ją podopiecznym/ą

………………………………………………………………………….…………………………....……………………………………..

☐ jestem

☐ nie jestem

uczestnikiem Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w innych podmiotach realizujących powyższy program (np. powiatowe centrum pomocy rodzinie, fundacje, stowarzyszenia, itp.) \*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

liczba zrealizowanych dotychczas godzin/ dni - ……………………………………

\* (w przypadku uczestniczenia w powyższym programie wskazać podmiot i liczbę dotychczas zrealizowanych godzin/dni)

……………………………………………………………….. ………………………………………………………….………….

 Data Podpis opiekun