**Rozeznanie potrzeb na usługi w ramach**

**Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu**

**Terytorialnego – edycja 2026**

Imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej : …………………….

……………………………………………………………………………..

miejsce zamieszkania: …………………………………………………….

numer telefonu…………………………………………………………….

1. Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………

Jeżeli jest to dziecko do 16 roku życia proszę podać wiek……………...…

☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,

☐ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

1. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

☐dysfunkcja narządu wzroku,

 ☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

 ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

1. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: ………………………… lat .

1. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:

☐ pobyt dzienny w ilości ……………… godzin (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 240 godzin w roku),

1. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

☐ tak ☐ nie

1. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu\* tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi?

☐ tak ☐ nie

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną przetwarzania danych osobowych.
2. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

……….…………………… ……………………………

 (data) (podpis)