****

Załącznik nr 1 do ogłoszenia o Programie „Opieka wytchnieniowa”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

**„OPIEKA WYTCHNIENIOWA”**

Informuję, że w sytuacji przystąpienia Gminy Radzionków do Programu „Opieka wytchnieniowa” w 2020 roku jestem zainteresowana/y pomocą w postaci świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

Oświadczam, że jako członek rodziny lub opiekun sprawuję:

1. bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (dla dziecka do 16 r.ż.)
2. bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (dla osoby powyżej 16 r.ż.)\*

Dane członka rodziny/opiekuna:

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..

2. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………

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

3. Nr telefonu kontaktowego: …………………………………………………………………..

Planowany wymiar usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej to:

liczba godzin: ………………………………………

**UWAGA:** Zgłoszenie deklaracji skorzystania z pomocy w postaci opieki wytchnieniowej nie jest równoznaczne z przyznaniem wskazanych usług. W sytuacji przystąpienia Gminy Radzionków do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” w 2020 roku niezbędne będzie złożenie wniosku wraz z wymaganą dokumentacją, o czym zostaną Państwo powiadomieni przez tutejszy Ośrodek Pomocy Społecznej.

 ………………………………………….
data, imię i nazwisko – czytelny podpis

\* właściwe zaznaczyć