Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Opatówku

„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Imię i nazwisko .....……..

Adres zamieszkania .....…

PESEL .....…

Wnioskując o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Gminy Opatówek.
2. Zapoznałem/am się z treścią Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2026 finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego, a udział w Programie jest bezpłatny.
4. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która:
□ korzysta*
□ nie korzysta*
z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
5. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która:
□ korzysta*
□ nie korzysta*
z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025r., poz. 1214 ze zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego i sprawuję całodobową opiekę nad osobą z niepełnosprawnością
□ tak*
□ nie*

…….
Data i podpis
(członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*(w wybraną kratkę proszę wstawić znak X)