Zakopane, dnia ……………………………….

……………………………………………………………………

/imię i nazwisko uczestnika/

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

/adres zamieszkania/

…………………………………..………………………………..

/tel. kontaktowy/

**Do Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Zakopanem**

Niniejszym deklaruję chęć udziału w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Oświadczam, że wspólnie zamieszkuję i sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością:

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

data urodzenia: …………………………………………

stopień pokrewieństwa: ……………………………………………………………………………………

posiadającą:

* orzeczenie o niepełnosprawności – dzieci w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – 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
* orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub tożsame.

Wnioskuję o usługi opieki wytchnieniowej w ramach:

* pobytu dziennego
* pobytu stacjonarnego.

……………………………………………………………………..

/czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego/

**UWAGA!**

Do niniejszego pisma należy dołączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.