DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JST – EDYCJA 2027

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:
.....

Adres zamieszkania:
.....

Numer telefonu:
.....

Deklaruję chęć przystąpienia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2027 w związku ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

☐ dziecko ☐ osoba dorosła (zaznaczyć właściwe)

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością: .....

Wiek: .....

Deklarowana forma wsparcia: pobyt dzienny, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

OŚWIADCZENIA

☐ Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja służy rozpoznaniu/diagnozie potrzeb i nie jest równoznaczna z przyznaniem usług w ramach Programu.

....

czytelny podpis osoby składającej deklarację data

Deklarację należy złożyć w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.