



Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

DRUK ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU "OPIEKA WYTCHNIENIOWA" – EDYCJA 2026

.....
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA/RODZICA OSOBY ZALEŻNEJ

.....
ADRES

.....
TELEFON KONTAKTOWY

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 na rzecz:

.....
(imię i nazwisko osoby zależnej - niepełnosprawnej)

.....
(wiek osoby zależnej)

Program będzie realizowany w formie pobytu dziennego – maksymalna ilość godzin opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 240 godzin w ciągu roku.

Jestem zainteresowany/a liczbą godzin w 2026 roku.

Oświadczam, że ww. osoba zależna posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydane na okres od do

Jednocześnie informuję, że osoba zależna*:

- wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

Oświadczam, że jako członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jestem **aktywny/nieaktywny zawodowo*** i **mam/nie mam*** ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” mam możliwość wskazania osoby, która spełnia wymogi Programu do pełnienia funkcji opiekuna, tj. posiada stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi*:

- 1) TAK
- 2) NIE

.....
Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej

***właściwe podkreślić**

Uwaga! Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do przystąpienia do Programu „Opieka wytchnieniowa” w 2026 r.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej w celu oszacowania potrzeb mieszkańców miasta Kostrzyn nad Odrą w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L Nr 119.1).

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

(czytelny podpis)