

Biała Podlaska, dn.....

.....
Imię i nazwisko opiekuna/rodzica osoby zależnej

.....
adres

**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „OPIEKA
WYTCZNINIOWA” – EDYCJA 2026**

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

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

.....
(wiek osoby zależnej)

Program jest realizowany w dwóch formach (zaznaczyć odpowiednie pole):

- ☐ w formie pobytu dziennego (opieka świadczona w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)
☐ w formie pobytu całodobowego (pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę)

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

Jednocześnie informuję, że osoba zależna (zaznaczyć właściwe):

- ☐ posiada niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną*,
☐ wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
☐ stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

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 (właściwe zakreślić).

- ☐ TAK
☐ NIE

.....
Podpis rodzica/opiekuna osoby zależnej

Niepełnosprawność sprzężona oznacza co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności występujące u jednej osoby łącznie. Usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej mogą być świadczone przez:

- * osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej
- * osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).

Diagnoza potrzeb na 2026 rok

w związku z planowanym przystąpieniem do realizacji Programu:

„Opieka wytchnieniowa: pobyt dzienny oraz całodobowy”

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej prowadzi nabór chętnych spełniających kryteria zawarte w Programie ogłaszany co roku przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej do skorzystania z opieki wytchnieniowej i pomocy asystentów osobistych w roku 2026

OPIEKA WYTCHNIENIOWA

JESTEŚ OPIEKUNEM DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO LUB OSOBY PEŁNOLETNIEJ ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?

Głównym celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

W ramach programu zapewnimy czasowe odciążenie od obowiązków sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną, co pozwoli Ci na odpoczynek i regenerację, zadbanie o własne sprawy.

Zgłoszenia do udziału w Programie można składać w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej, ul. Prosta 31 do 30 września 2025r., od poniedziałku do piątku 7:30-15:00 lub e-mailowo: gops@gmina-bialapodlaska.pl

Informacje pod nr tel. 83 88 89 226