**Deklaracja przystąpienia do Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

1. Imię i nazwisko uczestnika programu:………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………….
3. Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………………………….
4. Stopień niepełnosprawności ………………………………………………………………………………….
5. Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności……………………………………………………..
6. Symbol przyczyny niepełnosprawności…………………………………………………………………..
7. Liczba miesięcznych godzin potrzebnego wsparcia………………………………………………….
8. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę która będzie świadczyła opiekę wytchnieniową

□ TAK

□ NIE

**Zgłoszenia przyjmowane są do 28.10.2025r.**

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych w ramach realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

…………………………………………………………………..…………

Data i podpis osoby deklarującej chęć przystąpienia do Programu