



Informacja uzupełniająca

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej do karty zgłoszenia do Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, realizowanego przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Drawsku Pomorskim

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczam, że:

jestem członkiem rodziny/ opiekunem *:

Pana/Pani.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ dziecka od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 r.ż.)

i sprawuję nad nią bezpośrednią całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ponadto oświadczam, że osoba z niepełnością*:

1. stale przebywa w domu i:

nie korzysta korzysta

np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881)

2. wykonuje czynności samoobsługowe:

- utrzymanie higieny osobistej (np. mycie ciała i głowy, kąpiel, zmiana pieluchomajtek) samodzielnie niesamodzielnie
- czesanie, golenie, obcinanie paznokci samodzielnie niesamodzielnie
- zmiana bielizny osobistej i ubieranie samodzielnie niesamodzielnie

Opisz krótko sytuację życiową swoją i osoby z niepełnosprawnością (sytuacja materialna, rodzinna, ewentualna pomoc w opiece nad osobą z niepełnosprawnością ze strony rodziny, osób obcych itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis Uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/
członka rodziny/ opiekuna osoby niepełnosprawnej)

***właściwe zakreślić**