



Powiat Dzierżoniowski

Prawa i obowiązki uczestnika programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Członek rodziny/Opiekun osoby z niepełnosprawnością jest zobowiązany do:

- niezwłocznego poinformowania Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu m.in. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
- korzystania z usługi opieki wytchnieniowej tylko i wyłącznie na swoją rzecz, a nie dla poszczególnych członków rodziny,
- niezwłocznego poinformowania Realizatora programu o zmianie swojego miejsca zamieszkania,
- w przypadku zmiany miejsca zamieszkania złożenia oświadczenia Realizatorowi programu o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej,
- poinformowania Realizatora Programu o uzyskaniu/korzystaniu z innej formy pomocy usługowej, w tym usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych.

Członek rodziny/Opiekun osoby z niepełnosprawnością ma prawo do:

- samodzielnego wyboru – wskazania osoby sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną zgodnie z zasadami Programu,
- decydowania o rodzaju pomocy z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielania oraz w takim czasie i w takim zakresie godzinowym, w jakim jest to niezbędne (nie przekraczając limitów określonych w Programie),
- skorzystania ze świadczenia opieki wytchnieniowej w przyznanym wymiarze godzin w roku realizacji Programu,
- korzystania z nieodpłatnego świadczenia w postaci usługi opieki wytchnieniowej przyznanej w ramach Programu.

.....
(data)

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej)