

.....
(miejscowość, data)

**Zgoda realizatora programu na świadczenie usług Opieki
wytchnieniowej przez osobę wskazaną przez uczestnika Programu**

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

Dane realizatora Programu

Nazwa organizacji pozarządowej: Fundacja „Więcej z Życia”

Adres siedziby: Osiedle Przy Skrzyżowaniu Rzek 1A/6, 62-100 Wągrowiec

NIP: 631-26-44-845

KRS: 0000411240

Dane uczestnika Programu

(opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

**Dane osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej (osoba
pełnoletnia)**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL / data urodzenia:

Oświadczam się, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością,
- nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością,
- nie zamieszkuje faktycznie z osobą z niepełnosprawnością,

co jest zgodne z zasadami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

Zakres i miejsce realizacji usług

Zakres usług opieki wytchnieniowej (zgodnie z Programem):

Czasowe przejęcie opieki nad osobą z niepełnosprawnością w celu odciążenia opiekuna, obejmujące wsparcie w czynnościach dnia codziennego, zapewnienie bezpieczeństwa oraz towarzyszenie w codziennych aktywnościach, zgodnie z zasadami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

Miejsce realizacji usług:

☐ miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

☐ inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu:

.....

Planowany okres realizacji usług:

od: data rozpoczęcia do ustalenia po zakwalifikowaniu uczestnika, do: zakończenia udziału w Programie, tj. do dnia 14.12.2026r.

Zgoda realizatora Programu (wypełnia realizator Programu)

Działając jako **realizator Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**, niniejszym **wyrażam zgodę** na świadczenie usług opieki wytchnieniowej przez osobę wskazaną w części III dokumentu.

Zgoda zostaje udzielona po weryfikacji zgodności wskazanej osoby z warunkami Programu oraz zasadami realizacji zadania publicznego.

Zgoda obowiązuje od dnia:

Podpis osoby upoważnionej ze strony realizatora Programu:

.....

Imię i nazwisko:

Stanowisko / funkcja:

Data i podpis:

Pieczęć organizacji:

Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią niniejszej zgody oraz zasadami realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

.....

Data i podpis uczestnika Programu