

Iława, dn..... r.

Znak:.....

Pan/Pani

.....
.....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie informuje, że został/a Pan/Pani-zakwalifikowana/y do udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. W ramach programu zostały Panu/Pani przyznane usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego **w liczbie** **w okresie od..... do** pod wskazanym adresem zamieszkania osoby wymagającej opieki. W trakcie realizacji trwania Programu liczba godzin może ulec zmianie.

Jednocześnie informuję, że usługi opieki wytchnieniowej polegają w szczególności na czasowym odciążeniu członków rodziny lub opiekunów osób niepełnosprawnych od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki oraz zapewnieniu im czasu na odpoczynek i regenerację. Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na rzecz osoby niepełnosprawnej i wskutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny.

Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej. Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6:00 – 22:00.

W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2023.901), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Uczestnik Programu ma obowiązek informowania organu, który przyznał usługi opieki wytchnieniowej o każdej zmianie sytuacji osobistej, która wiąże się z przyznaniem powyższej formy wsparcia, w szczególności zmiany miejsca zamieszkania, utraty ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za świadczone usługi opieki wytchnieniowej. Jednocześnie informujemy, iż wyrażamy/ nie wyrażamy zgodę/y na realizację usługi w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskazanym w karcie zgłoszenia do Programu.

Z poważaniem

Sporządził/a:

.....
.....
.....

Otrzymują:

1. adresat;
2. a/a.