



**„Opieka wytchnieniowa ”-edycja 2023r.
Program dofinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
miejsowość i data

.....
(adres zamieszkania, nr .telefonu)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad niepełnosprawną/nym

.....
legitymującą/cym się orzeczeniem o niepełnosprawności.....

Zamieszkuję z ww. we wspólnym gospodarstwie domowym.

Osoba niepełnosprawna nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę: *(proszę zaznaczyć właściwe)*

stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szklono – wychowawczego czy internatu.

nie przebywa stale w domu, uczęszcza do *(wymienić nazwę ośrodka oraz w jakich godzinach przebywa w nim osoba niepełnosprawna)*.....

.....
(podpis Uczestnika Programu)

OŚWIADCZENIE

W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu solidarnościowego nie będę miał/a świadczonych innych form pomocy usługowej, w tym usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. Z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) , inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

.....
(podpis Uczestnika Programu)

Na osobę mającą świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję Panią/Pana



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

....., numer telefonu.....

Wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług opieki wytchnieniowej posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarki lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub posiada co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy / opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Nie wskazuję osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....
(podpis Uczestnika Programu)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 , poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam czytelnym podpisem.

.....
(podpis Uczestnika Programu)