



Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Urszulin, dnia

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika Programu)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
– EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia z usług opieki wytchnieniowej, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością),
- nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka),
- nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością,
- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla osoby z niepełnosprawnością.

Stosowanie do zapisu części V ust. 9 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 akceptuję w/w-ną osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla mojego małoletniego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu, tj. Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Urszulinie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z przyznanych usług opieki wychnieniowej, a jeśli to będzie wymagane - do złożenia stosownego oświadczenia na piśmie.

.....
Podpis uczestnika Programu