



.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....
(adres uczestnika Programu)

Oświadczenie uczestnika Programu "Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Pana/Panią
(imię i nazwisko, dane kontaktowe np. adres zamieszkania, nr telefonu)

i oświadczam, że
wskazana przeze mnie osoba do wykonywania usług opieki wytchnieniowej nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością o których mowa w części IV pkt.5 i 6¹ ww. Programu

.....
(miejscość, data)

.....
(podpis)

¹część IV Programu pkt.5 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, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

część IV Programu pkt.6 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

