

Radlin, dnia

.....
Imię i nazwisko opiekuna

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wspólnie zamieszkuję z, która jest osobą niepełnosprawną, wymagającą stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego i sprawuję nad nią/nim bezpośrednią opiekę.

Oświadczam, że wskazuję na miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu
dziennego miejsce naszego zamieszkania tj.
.....,i

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością, lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą niepełnosprawną¹⁾;
2. wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji wobec mojego podopiecznego usług opieki wytchnieniowej;
3. Zapoznałem/łam się(zostałem zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i znam warunki udziału w Programie;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....
(miejscowość) (data: dd/mm/rrrr) (podpis)

¹⁾ 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.