

Radlin, dnia

.....
Imię i nazwisko opiekuna

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wspólnie zamieszkuję z, który/a 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.

.....,

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka.....

Wskazuję i akceptuję, że Pan/ibędzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej dla ww. dziecka.*

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazany przeze mnie opiekun jest osobą pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością¹⁾;
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 2026 i znam warunki udziału w Programie;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....
(miejscowość)

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

.....
(podpis)

*dotyczy dziecka z niepełnosprawnością od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 18 . roku życia.

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.