

Andrychów, dnia.....

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„ OPIEKA WYTCNINIOWA” – EDYCJA 2023**

**Dane osoby sprawującej bezpośrednią opiekę:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania : .....

**Wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej**

Imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej

**Nie wybieram osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej**

- Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej, zwanych dalej „uczestnikami Programu”.
- Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą niepełnosprawną.
- Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub

specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

- Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.
- Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej

.....  
podpis opiekuna

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.