

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA PRAWNEGO O WSKAZANIU OSOBY DO ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

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

Pana/Pani.....
Imię i nazwisko, dane kontaktowe- adres, numer 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 zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, o których mowa w części IV pkt. 5 i 6¹ ww. Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025.

.....
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.

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).

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025
jest finansowany ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.