

Milówka,

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie
usług w ramach Programu
"Opieka Wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

W związku ze złożoną Kartą zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że:

- Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
- Sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością.
- Osoba niepełnosprawna stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.
- Jestem osobą niezatrudnioną, uczącą się lub studiującą.

.....
(podpis)

W przypadku wskazania w Karcie zgłoszenia do Programu osoba, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością.

(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością).

.....
(podpis)