

Oświadczenia Uczestnika Programu

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

I. Wskazanie osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Na osobę, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi opieki wytchnieniowej posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

☐ Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej.

☐ Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.*

*Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

III. Oświadczenie

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować MOPS w Cieszynie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, dotyczących usług opieki wytchnieniowej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)