*Dotyczy Programu*

 *Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

 *„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu terytorialnego  edycja 2024*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Opieka wytchnieniowa”– edycja 2023**

**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-miesieczne 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 lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma 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)