

Porąbka, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczam, że:

na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej wybieram:

.....
(Imię i Nazwisko, telefon lub e-mail)

- 1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny (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), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.*
- 2. Oświadczam, że osoba wskazana do pełnienia funkcji usług opieki wytchnieniowej jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.*

nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.

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

.....
Podpis uczestnika Programu

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
jest finansowana w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego