............................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIA**

**1.** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w osobie Pani/Pan .............................................................................. nie jest członkiem mojej rodziny[[1]](#footnote-1), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

**2**. Oświadczam, że osoba /dziecko niepełnosprawne nad którym sprawuję opiekę, stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowaczego czy internatu.

**3.** Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej **nie można korzystać z**:

a) **z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,   
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,**

b) **z usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego,**

c) **z innych form pomocy usługowej finansowanych z innych źródeł**,

……………......................................................

(podpis Uczestnika Programu /rodzica /opiekuna prawnego)

1. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym   
   z uczestnikiem Programu [↑](#footnote-ref-1)