



OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że **korzystam** **nie korzystam**, ze wsparcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w innej instytucji.
2. Oświadczam, że **korzystam** **nie korzystam**, z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz.901,1693,1938,2760), usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych, w tym w ramach Programu „ Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych.
3. Oświadczam, że **zamieszkuję** **nie zamieszkuję** we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, nad którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej oraz **posiadam** **nie posiadam** orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Oświadczam, że **jestem** **nie jestem** osobą zatrudnioną, uczącą się lub studiującą.
5. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością: **korzysta** **nie korzysta** z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.
6. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej.

.....
(miejsowość i data)

.....
podpis opiekuna/ członka rodziny os. niepełnosprawnej