……
(imię i nazwisko Uczestnika Programu)

……
(adres zamieszkania)

……
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej całodobowej

Ja, niżej podpisany/a ……

wskazuję miejsce do realizacji usługi opieki wytchnieniowej całodobowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025:

Nazwa placówki wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej całodobowej	
Adres	
Telefon	

Oświadczam, że wskazane przeze mnie miejsce uzyskało zgodę gminy do świadczenia usług opieki wytchnieniowej całodobowej oraz spełnia kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Oświadczam co następuje:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla Opieki wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej określającym zasady realizacji Programu.
3. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
5. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

6. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu ich realizacji.
7. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia, oraz sprawuję nad nią całodobową, stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności/orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym,
8. Osoba z niepełnosprawnością, z którą zamieszkuję:
   a) korzysta z ośrodka wsparcia ☐
   b) nie korzysta z ośrodka wsparcia ☐*

Jeśli korzysta proszę wpisać ośrodek

……

9. Korzystam z innych form wsparcia: TAK/NIE**

W przypadku korzystania z innych form wsparcia prosimy wymienić z jakich

……

10. Jestem osobą niezatrudnioną
    a) Tak ☐
    b) Nie ☐
11. Jestem osobą uczącą się
    a) Tak ☐
    b) Nie ☐
12. Jestem osobą niezatrudnioną studiującą
    a) Tak ☐
    b) Nie ☐
13. Jestem osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności
    a) Znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne ☐
    b) Nie posiadam orzeczenia ☐

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

…… ……

Miejscowość, data

Podpis Uczestnika Programu/członka rodziny (opiekun) osoby z niepełnosprawnością

** odpowiednie skreślić