

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,**

Uczestnik Programu
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania:

Część A.

Oświadczam, że wskazana osoba/kandydat na osobę świadczącą usługi opieki wychnieniowej spełnia następujące warunki określone w Programie:

- nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny dziecka* (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)
- spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji usługi opieki wychnieniowej;

Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej

.....
(data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

Część B.

Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej, która:

- korzysta
 nie korzysta

z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, np. ośrodek szkolno –wychowawczy czy internat.

Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej, która:

- korzysta
 nie korzysta

z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 2268 z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł

.....
(data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

*Zaznaczyć właściwe.