**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

 **„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,**

Uczestnik Programu ………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………….

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko : ..................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................

**Część A.**

**Oświadczam, że wskazany kandydat na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej Pan/Pani ……………………………………. spełnia następujące warunki określone w Programie:**

☐ nie jest członkiem mojej rodziny\* (na potrzeby Programu uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, 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 uczestnikiem)

☐ spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji usługi opieki wytchnieniowej;

**Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi opieki wytchnieniowej ☐**

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

 (data i czytelny podpis uczestnika/prawnego opiekuna)

**Część B.**

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

 korzysta

 nie korzysta

z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

 Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny 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/prawnego opiekuna)

*\*Zaznaczyć właściwe*