**OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA MAŁOLETNIEJ/GO**

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

Ja niżej podpisany/a

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

 (imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna).

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

Nr telefonu do kontaktu …………………………………

**oświadczam, że jako rodzic /prawny opiekun\* małoletniej/go:**

imię i nazwisko ...................................................................................................

data urodzenia:..........................................................

**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/rodziny dziecka\* (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 wobec mojego dziecka usług
 opieki wytchnieniowej;

 ☐ nie był/a niekarany/na i nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

**Oczekuję wskazania kandydata na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej dla mojego dziecka przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach : Tak ☐**

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

 (data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**Część B.**

Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo 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 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 rodzica/prawnego opiekuna)

*\*Zaznaczyć właściwe*