

……………………………………………………………………   
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

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

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO ŚWIADCZENIA USŁUGI "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Oświadczam, że:

☐ wskazuję osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

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

**(Imię i Nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu)**

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, nie pozostaje we wspólnym pożyciu z osobą z niepełnosprawnością, a także nie pozostaje w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością- zgodnie z założeniami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Oświadczam, że akceptuję osobę wskazaną przez siebie do świadczenia opieki wytchnieniowej, znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

|  |
| --- |
|  |

☐ nie wskazuję osoby która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Dane powyższe podałem(am) zgodnie z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………

**podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

**Program "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**