

Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

Ja niżej podpisany/a:

Wskazuję osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:.....

Numer telefonu:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba:

- 1) jest osobą pełnoletnią,
- 2) jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług opieki wytchnieniowej,
- 3) nie jest członkiem mojej rodziny¹, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą,
- 4) nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej.

Nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Bytom, dnia

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna
osoby z niepełnosprawnością

1 Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.