



**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**W RAMACH PROGRAMU**

**„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023**

<b>Dane osoby niepełnosprawnej</b>	<b>Dane członka rodziny /opiekuna</b>
<b>Imię i Nazwisko:</b>	<b>Imię i Nazwisko:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>	<b>Adres zamieszkania:</b>

W związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, ja niżej podpisana/y wskazuję osobę:

<b>Dane osoby świadczącej usługę</b>
<b>Imię i Nazwisko:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>

która będzie świadczyć na moją rzecz usługę opieki wytchnieniowej.

- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usługi opieki wytchnieniowej.
- Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie są i nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz inne usługi finansowane ze środków Funduszu obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki.



- Oświadczam, że zostałam/zostałem pouczona/y, że nie ponoszę odpłatności za realizację usługi opieki wytchnieniowej.
- Oświadczam, że poinformuję tut. organ o wszelkich zmianach swojej sytuacji, a w szczególności zmiany miejsca zamieszkiwania/pobytu.

Dębica , dn. ....2023 r.

.....

Podpis osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny /opiekuna