



# Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

## Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko.....

*Imię i nazwisko osoby sprawującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością*

Adres zamieszkania.....

Telefon: .....

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Pana/Panią.....

*Imię i nazwisko osoby wskazanej*

.....

*adres zamieszkania*

*telefon*

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej. Jednocześnie oświadczam, że:

1. Oświadczam, że osoba wskazana przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług opieki wytchnieniowej nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością
3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
*Data i podpis uczestnika Programu*

1) Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.