*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

 *„Opieka wytchnieniowa”*

* edycja 2022*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Opieka wytchnieniowa”– edycja 2022**

**Wskazanie (wybór) osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej - wspólnie zamieszkującego i sprawującego całodobową, bezpośrednią i stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną):**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

1. **Jako osobę, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:**

Imię i nazwisko kandydata na opiekuna: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

Pesel……………………………………………………..

**☐ Nie wskazuję osoby do świadczenia usługi wytchnieniowej. Nie posiadam osoby, która mogłaby pełnić tą funkcję – proszę o przyznanie osoby z OPS Skoczów**

**II. Oświadczenia:**

☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi opieki wytchnieniowej posiada co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej.

**☐ Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \***

\* Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

Deklaruję, iż wymagam wsparcia w formie opieki wytchnieniowej w ilości około …………….. godzin miesięcznie.

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)