*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  edycja 2025*

Skoczów, …………………………

……………………………………………………………

(imię i nazwisko uczestnika programu/opiekuna prawnego)

……………………………………………………………

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wskazuję i akceptuję do pełnienia funkcji osobę, która będzie świadczyła usługę opieki wytchnieniowej:

Pana/Panią

….……………………………………………………………………………………………………………… (imię i nazwisko kandydata na asystenta)

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

……………………………………………………………………………………………………………… (adres zamieszkania/numer telefonu/e-mail)

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazany kandydat na asystenta nie jest członkiem mojej rodziny\*,

\* 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

• nie zamieszkuje razem ze mną oraz osobą z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę,

• jest przygotowany i posiada doświadczenie do realizacji czynności opiekuńczych dla osoby z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2. roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane jest także:

* zaświadczenie o niekaralności;
* informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci   
  wydruku pobranej informacji z Rejestru;

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

II. Oświadczenie

Zobowiązuję się także poinformować niezwłocznie OPS Skoczów o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)