Załącznik nr 1 do Karty zgłoszeniowej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**„Opieka wytchnieniowa”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Toruń, …………………………………

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany, …………..……………………………………………………..………………

*(imię i nazwisko)*

oświadczam, że:

TAK/ NIE

🞎 / 🞎 jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności lub osobą z orzeczeniem traktowanym na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 11997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023r, poz. 100, z późn. zm.);

🞎 / 🞎 jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności;

🞎 / 🞎 zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;

🞎 / 🞎 jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, korzystającą z ośrodka wsparcia/ placówki pobytu całodobowego/ środowiskowego domu samopomocy/dziennego domu pomocy/warsztatu terapii zajęciowej/ uczącej się lub studiującej *(jeśli tak, proszę wskazać miejsce, do którego uczęszcza - …………………………………………………………………………………………..);*

🞎 / 🞎 korzystam z usługi opieki wytchnieniowej w ramach innych programów/projektów *(jeśli tak, proszę wpisać nazwę programu/ projektu i ilość godzin w wymiarze miesięcznym ………………………………..…………………………………………).*

Pouczona/y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie powyższych danych.

………………………………………

(Czytelny podpis Uczestnika)