

Biała Podlaska, 2024 r.

.....
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się
o przyznanie usług opieki wytchnieniowej)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego

W związku z zapisami części IV ust. 1 i 2 oraz części V ust. 4 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad:

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

i zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba z niepełnosprawnością:

- stale przebywa w domu: TAK / NIE*
- korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej: TAK / NIE*
- jest zatrudniona: TAK / NIE*
- uczy się / studiuje: TAK / NIE*

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

* Niewłaściwe skreślić