Biała Podlaska, .................... 2025 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 2025, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

W związku z zapisami części IV ust. 1 i 2 oraz części V ust. 4 i 5 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2025, 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

 Informacje dot. stanu zdrowia i sytuacji życiowej: …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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