



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem¹ Pana/Pani.....
i sprawuję nad w/w bezpośrednią, całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z prawami i obowiązkami uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Opiekun osoby niepełnosprawnej ma prawo do:

- samodzielnego wyboru osoby sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną z zastrzeżeniem, że osoba ta spełnia wymogi Programu – posiada odpowiednie kwalifikacje w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- decydowania o rodzaju pomocy z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielania oraz w takim czasie i w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne.
- skorzystania ze świadczenia opieki wytchnieniowej w wymiarze do 240 godzin w roku realizacji Programu,
- korzystania z nieodpłatnego świadczenia w postaci usługi opieki wytchnieniowej przyznanej w ramach Programu.

Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do:

- korzystania z usługi opieki wytchnieniowej tylko i wyłącznie na swoją rzecz, a nie dla poszczególnych członków rodziny,
- niezwłocznego poinformowania Realizatora Programu o zmianie miejsca zamieszkania opiekuna prawnego/faktycznego sprawującego ciągłą opiekę nad osobą niepełnosprawną,
- w przypadku zmiany miejsca zamieszkania złożenia oświadczenia Realizatorowi Programu o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej,
- poinformowania Realizatora Programu o zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić



Gmina
Korczyna