

.....
(imię i nazwisko skł. oświadczenie)

OŚWIADCZENIE

W związku z deklaracją udziału w zadaniu w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa...”- edycja 2023 oświadczam, iż (niewłaściwie proszę skreślić):

- otrzymuję/nie otrzymuję usług opieki wytchnieniowej/usług asystenckich z instytucji pomocy społecznej
- otrzymuję/ nie otrzymuję usług opieki wytchnieniowej/usług asystenckich w ramach zadań realizowanych przez inne organizacje pozarządowe – jeśli tak, proszę wymienić nazwę organizacji, okres świadczenia usługi oraz wymiar godzinowy miesięcznie i łącznie w zadaniu.
- jestem/nie jestem członkiem rodziny/ opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności/ osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która wymaga usług opieki wytchnieniowej
- zamieszkuję/nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawuję /nie sprawuję całodobową opiekę na tą osobą.

.....
(data, czytelny podpis)