

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU ORAZ OSOBY WSKAZANEJ
DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCZNIEŃKOWEJ**

w celu wyznaczenia osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej i potwierdzenia
jej przygotowania do świadczenia usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU (OPIEKUNA / CZŁONKA RODZINY)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

II. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko:

PESEL:

Stopień niepełnosprawności (orzeczenie):

III. OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, jako uczestnik Programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, oświadczam, że wyznaczam i wyrażam zgodę na świadczenie usług opieki wytchnieniowej na rzecz osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, przez wskazaną przeze mnie osobę

Oświadczam ponadto, że wskazana przeze mnie osoba jest odpowiednio przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, w szczególności posiada predyspozycje, doświadczenie lub kwalifikacje niezbędne do sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością oraz daje rękojmię należytego wykonywania tych usług.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026” oraz akceptuję warunki udziału w Programie.

IV. DANE OSOBY WYZNACZONEJ DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Stopień pokrewieństwa / relacja (jeżeli dotyczy):

Oświadczam, że wskazana powyżej osoba spełnia wymagania określone w Programie „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026” oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych w celu realizacji Programu.

V. Preferowany zakres czynności

- 1) czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej

- 2) przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
- 3) podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
- 4) Inne (proszę wskazać
jakie).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. KLAUZULA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia
wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis uczestnika Programu

OŚWIADCZENIE
WSKAZANEJ OSOBY DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI
WYTCHNIENIOWEJ PROGRAMU

Ja, wyżej wymieniony/a,
oświadczam, że:

- 1) **Nie jestem opiekunem prawnym, członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością.** (Członka rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością. Za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności).
- 2) Wyrażam zgodę na zakres czynności wskazany przez uczestnika.
- 3) Zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO.

.....
(podpis wskazanej osoby)