**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

 **„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,**

Uczestnik Programu ………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………….

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko : ..................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................

**Część A.**

**Oświadczam, że wskazana osoba/kandydat na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej spełnia następujące warunki określone w Programie**:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny dziecka\* (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem) ☐ spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji usługi opieki wytchnieniowej;

**Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej ☐**

 ...............................................................................

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

**Część B.**

Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej, która:

 korzysta

 nie korzysta

z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, np. ośrodek szkolno –wychowawczy czy internat.

 Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej, która:

 korzysta

 nie korzysta

z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 2268 z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł

 .................................................................................

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

*\*Zaznaczyć właściwe.*