

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ
USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Ja niżej podpisany/podpisanaoświadczam, iż do
pełnienia roli opiekuna w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023
osoby, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę

.....
.....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

wskazuje panią/pana

.....
.....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) wskazany opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej wobec
wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi będą świadczone;
- 2) wskazany opiekun nie jest członkiem rodziny, w szczególności: rodzicem i dzieckiem,
rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, babcią/dziadkiem, teściem/teściową, macochą/ojczymem,
opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje faktycznie z wyżej wymienioną osobą, na rzecz
której usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone.
- 3) wskazany opiekun spełnia wymagania programu dotyczące realizacji usługi opieki
wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu- członka rodziny/opiekuna
osoby niepełnosprawnej)