



.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

(dot. zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu terytorialnego –
edycja 2026)

Oświadczam, że:

1. jestem członkiem rodziny/opiekunem

..... i sprawuję nad
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

nią bezpośrednią całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

2. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.

3. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

4. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług;

5. Poinformuję Centrum Usług Społecznych Gminy Główny o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikację do Programu w terminie 7 dni od jej nastania;

6. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17, finansowane ze środków publicznych.

7. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

.....

(podpis czytelny uczestnika)