Załącznik nr 2

do Regulaminu Rekrutacji i Realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024

………………………………………….

miejscowość data

……………………………………………

imię i nazwisko Uczestnika Programu

(opiekun osoby niepełnosprawnej/

opiekuna prawny/ opiekun ustawowy dziecka)

……………………………………………

imię i nazwisko  
osoby niepełnosprawnej\*/dziecka do 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności

…………………………………………………….

……………………………………………

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„Opieka wytchnieniowa” – Edycja 2024**

1. Jako rodzic/opiekun osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/dziecka do 16 r.ż.\* oświadczam, że wskazuję w/w osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:

Pana/Panią …………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

dane kontaktowe wskazanej osoby (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wyżej wskazana osoba

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje  
razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem\*,  
- jest przygotowany do realizacji wobec mojego podopiecznego/ mojego dziecka\*  
usług opieki wytchnieniowej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana, że realizator Programu obowiązany jest monitorować świadczenie usług opieki wytchnieniowej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług opieki wytchnieniowej w formie pisemnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych  
kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

……………………………………………………

podpis Uczestnika Programu

\* niepotrzebne skreślić