

Żywiec, dn.....

Dane Uczestnika:

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

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

Dane Dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności/
osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu
znacznym lub traktowanym na równi ze stopniem znacznym:

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

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

W związku ze złożeniem wniosku o przyznanie usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, co następuje: **wskazuję, a co za tym idzie akceptuję** Panią/Pana (nr tel:.....) jako osobę, która będzie realizowała usługi opieki wychnieniowej.

Oświadczam również, że ww. Osoba:

- jest osobą z mojego wskazania,
- jest przygotowana/y do realizacji usług opieki wychnieniowej,
- nie jest członkiem rodziny,

Część IV, pkt. 5 ww. Programu:

„Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.”

- nie jest opiekunem prawnym ww. dziecka/ osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub traktowanym na równi ze stopniem znacznym,
- nie jest osobą faktycznie zamieszkującą z ww. dzieckiem/ osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub traktowanym na równi ze stopniem znacznym.

.....

(podpis Uczestnika)