**OW 2025**

*Załącznik nr 3 do Karty zgłoszenia do Programu*

**OŚWIADCZENIE**

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

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

- Oświadczam, że mój stan zdrowia i sytuacja życiowa jest dobra

TAK NIE

- oświadczam, że jestem niezatrudniony, uczę się lub studiuję

TAK NIE

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny\*/opiekunem Pani/a:

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

 (imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

zam. ………………………………………………………………………………………………………….

a także zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawuję nad nią bezpośrednią opiekę.

Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością:

- stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej

 TAK NIE

…………………………… …………………………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis członka rodziny/opiekuna osoby

 z niepełnosprawnością

\* za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.