

OŚWIADCZENIE

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

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

➤ 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 mój stan zdrowia jest :

☐

DOBRY (jestem zdrowy lub posiadane choroby przewlekłe nie wpływają znacząco na moje codzienne funkcjonowanie)

☐

ZŁY (choruję przewlekłe co znacząco wpływa na moje codzienne funkcjonowanie)

* Na potrzeby realizacji Programu 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.

➤ Oświadczam, że:

☐ w ciągu ostatniego roku nie nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością której jestem członkiem rodziny/opiekunem

☐ w ciągu ostatniego roku nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością której jestem członkiem rodziny/opiekunem

➤ Czy w Pana(i) gospodarstwie domowym oprócz osoby z niepełnosprawnością nad którą ubiega się Pan/i o przyznanie usługi opieki wytnieniowej są jeszcze inne osoby wymagające opieki (np. osoby starsze, dzieci, os.niepełnosprawne)

☐ TAK

☐ NIE

➤ W ciągu ostatniego roku Pan/i lub osoba z niepełnosprawnością nad którą ubiega się Pan/i o przyznanie usługi opieki wytnieniowej byliście poszkodowani w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (np. pożar, kradzież, zalanie itp.)

☐ TAK (należy dołączyć decyzje o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej) lub zaświadczenie potwierdzające inne zdarzenie losowe wystawione przez właściwą jednostkę

☐ NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby
z niepełnosprawnością