

Załącznik nr 4 do Karty zgłoszenia do Programu

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

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

dotyczące osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL:

Numer telefonu/email:

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej jest osobą pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością*, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, oraz:

2. Oświadczam, że osoba wskazana do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

.....
Miejscowość, data

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

* 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.