

imię i nazwisko Uczestnika Programu  
(opiekun osoby niepełnosprawnej/opiekun prawny/  
opiekun ustawowy dziecka

.....

.....

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**  
**„Opieka wytchnieniowa”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– EDYCJA 2025**

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem:

.....

.....

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

i sprawuję nad nim bezpośrednią, całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

TAK      NIE

2. Czy wskazuje Pan/Pani osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej?      TAK      NIE\*

3. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK w pkt 2, prosimy o podanie informacji:.

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję:

.....

Imię i nazwisko wskazanej osoby

.....

.....

.....

.Adres zamieszkania, numer telefonu/ adres e-mail

2. Oświadczam, że wyżej wskazana osoba:

- jest/nie jest\* członkiem mojej rodziny,
- jest/nie jest\* moim opiekunem prawnym oraz mieszka/nie mieszka\* razem ze mną/  
moim podopiecznym/ moim dzieckiem,

- jest przygotowana do realizacji mojego podopiecznego/ mojego dziecka\*  
usług opieki wytchnieniowej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

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

.....  
podpis uczestnika Programu

\* niepotrzebne skreślić