

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

Oświadczam iż umożliwiono mi samodzielny wybór: osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej oraz miejsca gdzie będzie wykonywana.

W związku z czym wskazuję, iż:
- usługę opieki wytchnieniowej świadczyć będzie

.....
(imię i nazwisko wskazywanej osoby)

Oświadczam, że powyżej wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny*.

- usługa będzie realizowana w

.....
(adres miejsca realizacji usługi)

.....
(data, podpis)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż zostałem/am poinformowana o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usługi opieki wytchnieniowej. Ponadto oświadczam, iż otrzymałem/am w formie wydruku Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

.....
(data, podpis)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

Oświadczam, iż osoba z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu samopomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub nie jest zatrudniona, nie uczy się lub nie studiuje.

.....
(data, podpis)