Załącznik nr 2

do Regulaminu Rekrutacji i Realizacji Programu

„Opieka wytchnieniową” - edycja 2024

………………………………………….

miejscowość data

……………………………………………

imię i nazwisko Uczestnika Programu

(opiekun osoby niepełnosprawnej/

opiekuna prawny/ opiekun ustawowy dziecka)

……………………………………………

imię i nazwisko  
osoby niepełnosprawnej\*/dziecka do 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności

…………………………………………………….

……………………………………………

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„Opieka wytchnieniowa” –Edycja 2024**

1. Jako rodzic/opiekun osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/dziecka do 16 r.ż\* oświadczam, że wskazuję n/w osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:

Pana/Panią …………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

dane kontaktowe wskazanej osoby (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

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

Oświadczam, że wyżej wskazana osoba

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje  
razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem\*,  
- jest przygotowany do realizacji wobec 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 w miejscu świadczonych usług.

……………………………………………………

podpis Uczestnika Programu

\* niewłaściwe skreślić