



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko osoby sprawującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością

Adres zamieszkania.....

Telefon:

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025 wskazuję

Pana/Panią.....

Imię i nazwisko osoby wskazanej

.....

adres zamieszkania

telefon

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej. Jednocześnie oświadczam, że:

1. Oświadczam, że osoba wskazana przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług opieki wytchnieniowej nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością¹
3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Data i podpis uczestnika Programu

1) 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