

Załącznik nr 3 stanowiące oświadczenie rodzica/opiekuna małoletniego do rekrutacji

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu –
Opiekuna osoby niepełnosprawnej)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością w osobie Pani/Pan..... nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

2. Oświadczam, że osoba/dziecko niepełnosprawne nad którym sprawuję opiekę, stale przebywa w domu i nie korzysta/korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

3. Oświadczam, że jestem osobą niezatrudnioną/pracującą/uczącą się/studującą.*

4. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej **nie można korzystać z:**

a) z **innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**

b) z **usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego,**

c) z **innych form pomocy usługowej finansowanych z innych źródeł,**

5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

6. Oświadczam, że osoba /dziecko niepełnosprawne nad którym sprawuję opiekę, obecnie korzysta/nie korzysta z następujących form wsparcia (właściwe proszę podkreślić):

- dzienny dom pomocy społecznej środowiskowy dom pomocy społecznej

- mieszkanie treningowe

- warsztaty terapii zajęciowej

- usługi opiekuńcze mieszkanie chronione

- dom pomocy społecznej

- hospicjum w formie stacjonarnej (całodobowej)

specjalistyczne ośrodki wsparcia

-dom samopomocy społecznej/środowiskowy dom samopomocy

- inne (wskazać jakie?).....

.....

(podpis Uczestnika Programu /rodzica /opiekuna prawnego)

***Właściwe zaznaczyć**

* Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawności