



Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
dot. udziału w programie „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oświadczam co następuje:

Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały/a

CZĘŚĆ I

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Jestem świadomy/a, że uczestnik programu nie ponosi odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej świadczone w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. Jestem świadomy/a, że program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością mojego podopiecznego lub zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej) **nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

CZĘŚĆ II – WSKAZANIE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYŁA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

INFORMACJE DOTYCZĄCE WSKAZANEJ OSOBY

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (ZAZNACZYĆ „X” PRZY WŁAŚCIWYM):

- Wyraziła zgodę na pełnienie usług opieki wytchnieniowej na moją rzecz.
- Nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny mojego podopiecznego (tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą ze mną/moim podopiecznym we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną/moim podopiecznym w stosunku przysposobienia.**
- Nie jest moim/mojego podopiecznego opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą ze mną/z moim podopiecznym.
- Posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta.
LUB
- Posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.
LUB
- Jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej wobec mnie.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

CZĘŚĆ III – INFORMACJA DOT. PODOPIECZNEGO

Czy Pani/Pan podopieczny korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej itp. lub pracuje albo uczy się lub studiuje?

TAK – jeżeli tak, proszę podać adres placówki wraz z godzinami

.....

.....

.....

NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

