

Borne Sulinowo, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2022

Oświadczam, że:

Wskazuję osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny<sup>1</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej
- nie wskazuję osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

---

Podpis uczestnika Programu/opiekuna  
prawnego uczestnika Programu

---

<sup>1</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.