**OŚWIADCZENIE**

1. Imię i Nazwisko Uczestnika Programu ( opiekuna prawnego/członka rodziny/ opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………….

1. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………

Data urodzenia:……………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………….

(zaznaczyć X przy właściwej odpowiedzi)

* Chciałabym/ chciałbym aby usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „ Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2022 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego realizowała wybrana przeze mnie osoba

Imię i nazwisko wskazanej osoby:…………………………………………………………..

Telefon do kontaktu:……………………………………………………………………………….

* Chciałabym/chciałbym aby usługę opieki wytchnieniowej realizowała osoba wskazana przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gierałtowicach

Uwagi:

Opiekun realizujący usługę nie może być członkiem rodziny (rodzicem dziecka, rodzeństwem, dziadkami, teściami, macochą, ojczymem), opiekunów prawnych oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu

…………………………………………………………….

 Podpis i data