

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Numer telefonu

OŚWIADCZENIE

- ☐ Oświadczam, że do realizacji usług opieki wytchnieniowej wskazuję Panią/Pana

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(numer kontaktowy)

- ☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia opieki wytchnieniowej nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (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 niepełnosprawną), nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością oraz nie zamieszkuje z nią.
- ☐ Oświadczam, że wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością