*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  edycja 2024*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024**

**Wskazanie osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowj**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej - wspólnie zamieszkującego i sprawującego całodobową, bezpośrednią i stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną):**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

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: ……………………………………..

1. **Jako osobę realizującą usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:**

Imię i nazwisko kandydata na opiekuna: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

**II. Oświadczenia:**

☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba realizująca dla mnie usługi opieki wytchnieniowej posiada co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej.

**☐ Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \***

\*  *Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika 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 uczestnikiem*

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 2023 r. poz. 901), 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 będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

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

**II. Oświadczenie**

Zobowiązuję się także poinformować OPS Skoczów o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej (np. zmiana stopnia niepełnosprawności ), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)