



Powiat Dzierżoniowski



„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y.....

zamieszkała/y.....

Oświadczam, że:

osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej będzie: (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)

.....

.....

1. **Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością) oraz nie jest osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.**
2. **Przyjmuję do wiadomości, że osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej w trakcie trwania Programu może nastąpić tylko jeden raz z powodu ważnych i uzasadnionych przyczyn.**
3. **W przypadku dziecka od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia oświadczam, że akceptuję wskazaną osobę.**

Osoba wskazana przeze mnie jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej,

Jestem w stanie/ czuję się kompetentny(a), aby przeszkolić wskazaną osobę do wykonywania usług opieki wytchnieniowej,

nie wskazuję

.....
Podpis uczestnika Programu