

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
data

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego /jeśli jest ustanowiony/

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

W związku ze zgłoszeniem do Programu „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, realizowanego przez Gminę Radziechowy-Wieprz, jako:

- uczestnik Programu opiekun prawny reprezentujący uczestnika Programu

Oświadczam, że do realizacji w/w usług wskazuję Pana/ Panią:

Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy, adres e-mail.....

Oświadczam również, że ww. osoba:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością,*
 nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością,
 nie jest osobą faktycznie zamieszkującą z osobą z niepełnosprawnością,
 jest przygotowana/y do realizacji usług opieki wytchnieniowej,

**Część IV, pkt. 5 ww. Programu: „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 z niepełnosprawnością.*

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego