



Oświadczenie dotyczące osoby realizującej usługi opieki wytchnieniowej

Ja niżej podpisany/podpisana _____
oświadczam, iż do świadczenia usług opieki wytchnieniowej w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 wobec osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

wyznaczam Panią/Pana: _____

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba mająca, realizować ww. usługi opieki wytchnieniowej:

- 1) jest przygotowana do realizacji usług opieki wytchnieniowej wobec wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi będą świadczone;
- 2) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, w szczególności małżonkiem, dzieckiem, wnukiem, prawnukiem, rodzicem, dziadkiem, babką, krewnym w linii bocznej, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą z tą osobą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Miejscowość _____, data _____

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego)