

Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

1. W związku z ubieganiem się o uczestnictwo w programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” - edycja 2023, Ja niżej podpisany oświadczam, że spełniam poniższe warunki:

1) Jestem osobą sprawującą opiekę nad członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:

a. dzieckiem poniżej 16 roku życia z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
Tak ☐/Nie ☐

b. osobą dorosłą z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym / ☐ znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną **Tak ☐/Nie ☐**

2) Zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu cywilnego) na terenie województwa śląskiego **Tak ☐/Nie ☐**

3) Jestem osobą korzystającą z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych Programach jednakże wsparcie to odbywa się w innych godzinach niż świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu **Tak ☐/Nie ☐**

4) Jestem osobą stale przebywającą w domu tj, nie korzystam z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno - wychowawczego czy internatu **Tak ☐/Nie ☐**

5) Jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej, zajęć prowadzonych w ramach Środowiskowego Domu Samopomocy, zajęć w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym lub zajęć w Zakładzie Aktywności Zawodowej jednakże wsparcie to odbywa się w innych godzinach niż świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu **Tak ☐/Nie ☐**

6) Jestem uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2023 jednakże wsparcie to odbywa się w innych godzinach niż świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu **Tak ☐/Nie ☐**

Świadom jestem odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i znam treść art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi, że „kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....

(czytelny podpis osoby sprawującej opiekę nad członkiem rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną)