

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej

Dane członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

W związku z ubieganiem się o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej ja niżej podpisany/a oświadczam:

a) jestem członkiem rodziny* lub opiekunem sprawującym osobistą, całodobową, stałą opiekę nad:**

☐ dzieckiem poniżej 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, które wymaga wsparcia w formie opieki wytchnieniowej

lub

☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, która wymaga wsparcia w formie opieki wytchnieniowej

b) mieszkam (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie województwa śląskiego

☐ TAK

☐ NIE

c) mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

☐ TAK

☐ NIE

Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....

(podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niepełnosprawną)

*za członków rodziny 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 osobą z niepełnosprawnością

** w tym opiekunem sprawującym opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka