Załącznik Nr 2
do Regulaminu rekrutacji i oceny zgłoszeń
do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
pn. „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Skarżysko-Kamienna, ……..

……..
Imię i nazwisko uczestnika Programu

……
Adres zamieszkania

……
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Oświadczam, iż:

- ☐ sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej;
- ☐ jestem osobą niezatrudnioną;
- ☐ jestem osobą uczącą się lub studiującą;

…….…….

(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.