Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krościenko Wyżne, dnia .....

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

1. Oświadczam, że:
   a) zamieszkuję /nie zamieszkuję* na terenie Gminy Krościenko Wyżne;
2. Na osobę, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej wskazuję:

Imię i Nazwisko asystenta: ……..

Telefon: ……...

Wskazana osoba:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny ani osoby niepełnosprawnej, tj. wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia;

☐ nie wskazuję osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej.

3. Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności* stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.
4. Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności* stale nie przebywa w domu, bowiem korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, tj. ośrodka szkolno-wychowawczego/ internatu/innego ośrodka* (jakiego?) ….....

   …..... w częstotliwości …….....

   ….....

5. Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności wymaga wysokiego poziomu wsparcia: **TAK/NIE***

6. Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności): **TAK/NIE***

7. Wspólnie z uczestnikiem Programu i osobą niepełnosprawną zamieszkuje ……. osób pełnoletnich.

8. Korzystam/ nie korzystam* z usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych.

Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

……
……

9. Oświadczam, że:

☐ Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia i sprawuję bezpośrednią opiekę nad tą osoba.

☐ Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, **nie mogą** być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych [2)].

☐ **Zobowiązuję się niezwłocznie jednak nie później niż w terminie do 7 dni poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej),**

.☐ Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

☐ Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

☐ Zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych (Klauzula informacyjna stanowiąca załączniki nr 12 Programu oraz załącznik RODO).

—

Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego

[2)] Dotyczy m.in. Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych.

☐ Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 są zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym i prawnym.

☐ Zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

—

[2)] Dotyczy m.in. Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych

……
Podpis uczestnika Programu

* Niepotrzebne skreślić