



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Siedlce, dnia

.....
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie
usług opieki wytchnieniowej

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej
w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
pn. *Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

W związku z ubieganiem się o zakwalifikowanie do Programu pn. *Opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego – edycja 2025* oświadczam, że:

- 1) zamieszkuję oraz prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z dzieckiem niepełnosprawnym od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia/osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

.....,
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

które/która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;

- 2) dziecko niepełnosprawne od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia /osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności, nad którą sprawuję opiekę stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu dziennego/całodobowego, np. żłobka, przedszkola, szkoły, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej:

☐ tak

☐ nie, ośrodek/placówka zapewnia pobyt dzienny/całodobowy* (*niewłaściwe skreślić).



Proszę wymienić ośrodek/placówkę:

.....

3) jestem osobą niezatrudnioną:

☐ tak

☐ nie

4) jestem osobą uczącą się lub studiującą:

☐ tak

☐ nie

5) jestem rodzicem samotnie wychowującym dziecko (dotyczy rodzica dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 16. roku życia):

☐ tak

☐ nie

☐ nie dotyczy

6) jestem jedynym wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością:

☐ tak

☐ nie

7) zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą wymagającą pomocy (osoba w wieku powyżej 65. roku życia, osoba z niepełnosprawnością):

☐ tak

☐ nie

8) wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu *Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* są zgodnie ze stanem faktycznym.

.....

podpis osoby ubiegającej się o przyznanie

usług opieki wytchnieniowej