



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 2026***

W związku z ubieganiem się o kwalifikację do Programu pn. *Opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego – edycja 2026* 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 stałego wsparcia 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 i nie korzysta z ośrodka wsparcia, placówki pobytu dziennego/całodobowego, warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty:

tak

nie, ośrodek/placówka zapewnia pobyt dzienny/całodobowy

Proszę wymienić ośrodek/placówkę:

.....



- 3) jestem osobą nieaktywną zawodowo ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością:
- tak
 - nie
 - nie dotyczy (emeryt/emerytka)
- 4) osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności jest 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 członkiem rodziny wspólnie zamieszkującym z osobą z niepełnosprawnością:
- tak
 - nie
- 7) zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z innym dzieckiem do ukończenia 16. roku życia legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności/inną osobą legitymującą się orzeczeniem z niepełnosprawnością:
- tak
 - nie
- 8) zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą wymagającą pomocy (osoba w wieku powyżej 65 roku życia):
- tak
 - nie
- 9) jestem osobą sprawującą opiekę w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka:
- tak
 - nie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



10) wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu *Opieka wychowawcza dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026* są zgodnie ze stanem faktycznym.

.....
podpis osoby ubiegającej się o przyznanie

usług opieki wychowawczej