



OŚWIADCZENIE

do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

.....
Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby
z niepełnosprawnością

.....
Adres zamieszkania

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, z którą wspólnie zamieszkuję i sprawuję nad nią bezpośrednią opiekę (zaznaczyć właściwe):

- a) korzysta z pałówek pobytu całodobowego; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- b) korzysta z ośrodka wsparcia; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- c) uczęszcza do środowiskowego domu samopomocy; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- d) uczęszcza do dziennego domu pomocy; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- e) bierze udział w warsztatach terapii zajęciowej; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- f) jest osobą zatrudnioną; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- g) uczy się lub studiuje; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- h) stale przebywa w domu; **TAK** ☐ / **NIE** ☐
- i) korzysta z innych form wsparcia **TAK** ☐ / **NIE** ☐
(jeżeli tak, to jakich).....
.....
.....

2. Oświadczam, że wskazana osoba do świadczenia usług opieki wytchnieniowej tj.:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:.....

- a) **Jest/Nie jest*** opiekunem osoby z niepełnosprawnością.
- b) **Zamieszkuje/Nie zamieszkuje*** razem z osobą z niepełnosprawnością.
- c) **Jest/Nie jest*** członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, gdzie na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

*niewłaściwe skreślić

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem realizacji usług opieki wytchnieniowej przez Centrum Usług Społecznych w Strzyżowie.
4. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny
/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)