Załącznik nr 1 do karty zgłoszenia do programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2025

…………………………………………………………..

………………………………………………………….

(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna sprawującego

bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, adres zamieszkania)\*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć właściwe):

* członkiem rodziny (kim) ……………………………………………………………………….
* opiekunem

osoby z niepełnosprawnością ……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

oraz , że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Oświadczam, że sprawuje bezpośrednią opiekę na ww. osobą z niepełnosprawnością która (zaznaczyć właściwe):

* stale przebywa w domu Tak Nie
* korzysta z ośrodka wsparcia Tak Nie
* korzysta z placówki pobytu całodobowego Tak Nie
* korzysta ze środowiskowego domu samopomocy Tak Nie
* korzysta z dziennego domu pomocy Tak Nie
* korzysta z warsztatu terapii zajęciowej Tak Nie
* jest osobą zatrudnioną Tak Nie
* uczy się lub studjuje Tak Nie
* korzysta z innych form wsparcia Tak Nie

(jeśli tak, to jakich)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

oraz, że jestem osobą niezatrudnioną/aktywną zawodowo/uczącą się/studjującą (nieodpowiednie skreślić).

Oświadczam, że jako uczestnik Programu **zobowiązuje się o wszelkich zmianach** mających wpływ na prawo i warunki 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 Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej) niezwłocznie **poinformować realizatora Programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany**.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością\**

*\*na potrzeby realizacji Programu* ***za członków rodziny*** *(tj. uczestnik programu) osoby z niepełnosprawnością 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*

*\*na potrzeby programu za* ***opiekuna osoby*** *(tj. uczestnik programu) z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art.5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*