



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stałą opiekę stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej;
- osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stałą opiekę nie korzysta z innych formy pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł;
- zostałam/em poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej;
- zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Zachodniopomorskiego..

Miejscowość, dnia

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