………………………………………… …………………...

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani…………………………………………………………………….i sprawuję nad nią bezpośrednią,

całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że zapoznałem się z prawami i obowiązkami uczestnika programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

Opiekun osoby niepełnosprawnej ma prawo do:

* samodzielnego wyboru osoby sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną   
  z zastrzeżeniem, że osoba ta spełnia wymogi programu – posiada odpowiednie kwalifikacje w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej,
* decydowania o rodzaju pomocy z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielania oraz w takim czasie i w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne.
* skorzystania ze świadczenia opieki wytchnieniowej w wymiarze do 240 godzin w roku realizacji programu,
* korzystania z nieodpłatnego świadczenia w postaci usługi opieki wytchnieniowej przyznanej w ramach programu.

Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do:

* korzystania z usługi opieki wytchnieniowej tylko i wyłącznie na swoją rzecz, a nie dla poszczególnych członków rodziny,
* niezwłocznego poinformowania Realizatora programu o zmianie miejsca zamieszkania opiekuna prawnego/faktycznego sprawującego ciągłą opiekę nad osobą niepełnosprawną,
* w przypadku zmiany miejsca zamieszkania złożenia oświadczenia Realizatorowi programu o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej,
* poinformowania Realizatora programu o zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna**

¹ Niepotrzebne skreślić