**Oświadczenie**

1. **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: …………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………..

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: …………………………………………………….

Data urodzenia: ……………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………..

(zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi)

* Chciałbym/chciałabym, aby usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego realizowała wybrana przeze mnie osoba

Imię i nazwisko wskazanej osoby: ………………………………………………

Telefon do kontaktu: …………………………………………………………….

* Chciałbym/chciałabym, aby usługę opieki wytchnieniowej realizowała osoba wskazana przez Ośrodek Pomocy Społecznej

**Informacja**

Opiekun realizujący usługę nie może być członkiem rodziny (małżonkiem, rodzicem dziecka)\*, opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą.

\*Zgodnie z art. 3 pkt. 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych

……………………………..

Podpis, data