

Kęty, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2022 – dot. POBYT DZIENNY w miejscu zamieszkania

Oświadczam, że:

Wybieram osobę realizującą usługę opieki wytchnieniowej.

Imię i nazwisko:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej

Nie wybieram osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej.

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu