*Załącznik nr 1 do Regulaminu* rekrutacji i udziału

w Programie „Opieka wytchnieniowa”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

w Gminie Złoczew

………………………………………

Imię i nazwisko uczestnika Programu

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025 realizowanego przez Gminę Złoczew/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Złoczewie.

**Oświadczam, że:**

1. Zamieszkuję/nie zamieszkuję w Gminie Złoczew.
2. Zamieszkuję/nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego jestem/nie jestem członkiem rodziny/opiekunem Pana/ Pani …………………………..

………………… i sprawuję/nie sprawuję nad nią bezpośrednią opiekę.

1. Jestem osobą bierną zawodowo/aktywną zawodowo.
2. Osoba z niepełnosprawnością **korzysta/nie korzysta** z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.
3. Uczestnik Programu lub inna osoba zamieszkująca we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnościami **ubiega się/nie ubiega się** o wsparcie w innej jednostce lub organizacji o usługi obejmujące analogiczne wsparcie do **usług opieki wytchnieniowej** finansowane ze środków publicznych min. usługi opieki wytchnieniowej finansowanej ze środków Funduszu, **usługi opiekuńcze** lub **specjalistyczne usługi opiekuńcze**, o których mowa w ustawie z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Korzystam/nie korzystam** z usług obejmujących anologiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanej ze środków publicznych.

Jeśli tak, to proszę podać z jakich i przez kogo realizowanych: ……………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Zobowiązuje się niezwłocznie jednak nie później niż w terminie 7 dni poinformować Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Złoczewie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu
2. Jestem świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

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

(miejscowość i data) .............................................................

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/

członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)