Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Kaliszu

„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Oświadczenia

Imię i nazwisko .....
Adres zamieszkania .....
PESEL .....

Wnioskując o udział w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wycthnieniowa" - edycja 2024 oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Powiatu Kaliskiego.
2. Zapoznałem/am się z treścią Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2024.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2024 finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego, a udział w Programie jest bezpłatny.
4. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która:
□ korzysta*
□ nie korzysta*
z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, np. ośrodek szkolno-wychowawczy czy internat.
5. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która:
□ korzysta*
□ nie korzysta*
z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
6. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną.
□ tak*
□ nie*

….....
Data
…….
Podpis
(członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)
*(w wybraną kratkę proszę wstawić znak X)

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Kaliszu

Ja ….....

niżej podpisana/podpisany, zwracam się z prośbą wyrażenie zgody na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w moim miejscu zamieszkania, tj.: ….....

….....

(adres wnioskodawcy)

….....

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

akceptuję/nieakceptuję, dnia:.....:

…....….....

(pieczęć i podpis Realizatora)

Oświadczam, że do świadczenia usług opieki wytchnieniowej akceptuję Panią/Pana: ….....

(imię i nazwisko, adres, nr tel. osoby świadczącej)

* W przypadku Wnioskodawcy, który opiekuje się dzieckiem niepełnosprawnym proszę o dostarczenie do Oświadczenia następujących dokumentów:

- zaświadczenie o niekaralności osoby, która świadczyć będzie usługi opieki wytchnieniowej,
- informacja o niefigurowaniu osoby, która świadczyć będzie usługi opieki wytchnieniowej, w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru (możliwość pobrania w PCPR).

….....

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego