



**Oświadczenie uczestnika
Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

I. Oświadczenie uczestnika Programu

Ja niżej podpisany/a*
(imię i nazwisko uczestnika Programu lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika)

zamieszkały/a*

ustanowiony przedstawicielem ustawowym*/opiekunem prawnym */ pełnomocnikiem*(o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko niepełnosprawnego uczestnika Programu)

zamieszkał/ej/ego/(o ile dotyczy):.....
(ulica, nr budynku/lokalu, miasto i kod pocztowy)

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Do realizacji usług opieki wytchnieniowej wskazuję :

Imię i Nazwisko*

Numer telefonu*



Jednocześnie oświadczam, że:

- a) wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną**;
- a) znam osobiście i akceptuję osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta opieki wytchnieniowej;
- b) wskazana osoba do pełnienia funkcji asystenta opieki wytchnieniowej posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji;
- c) spełnia warunki, o których mowa w rozdz. V ust. 8 pkt 1 i pkt 2 Programu. ***
 - 5. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej 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 2025 Poz. 1214, z późn.zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdz. IV ust. 2 Programu, finansowane ze środków publicznych.
 - 6. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

Miejscowość....., data.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

II. Oświadczenie kandydata na asystenta

Ja niżej podpisany/a*
zamieszkały/a*
oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji asystenta opieki wytchnieniowej. ****

Miejscowość....., data.....
(Podpis kandydata na asystenta)



* Pole obowiązkowe

** Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

*** Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:

1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarz, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub

2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieki Wytchnieniowej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

**** w przypadku usługi opieki wytchnieniowej świadczonej na rzecz dzieci z niepełnosprawnością od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 r.ż. należy dołączyć dodatkowo:

a) Zaświadczenie o niekaralności z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.
