



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Siedlce, dnia .....

.....  
imię i nazwisko osoby ubiegającej się  
o przyznanie usług opieki wytchnieniowej

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

### OŚWIADCZENIE

**o wskazaniu osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej  
w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej  
pn. Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, że do realizacji usług opieki wytchnieniowej<sup>1</sup>:

- chcę wskazać opiekuna
- nie chcę wskazać opiekuna

W przypadku wskazania opiekuna – oświadczam, że:

- na opiekuna dla ..... wskazuję Pana/Panią:  
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

..... telefon kontaktowy .....  
imię i nazwisko opiekuna numer telefonu opiekuna

- wskazana powyżej osoba nie jest członkiem mojej rodziny<sup>2</sup>;
- wskazana powyżej osoba nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym;

<sup>1</sup> właściwe zaznaczyć

<sup>2</sup> na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych (m.in. rodzice, dziadkowie) lub zstępnych (m.in. dzieci, wnuki), małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



- wskazana powyżej osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wychowawczej.

.....  
*podpis osoby ubiegającej się o przyznanie  
usług opieki wychowawczej*

#### Uwaga!

W przypadku zaangażowania opiekuna do realizacji usług na rzecz osoby małoletniej opiekun będzie zobowiązany do przedłożenia:

- zaświadczenia o niekaralności;
- informacji o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru.