



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Siedlce, dnia .....

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

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

### OŚWIADCZENIE

osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej  
w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej  
pn. *Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024*

W związku z ubieganiem się o kwalifikację do Programu pn. *Opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego – edycja 2024* oświadczam, że:

- 1) zamieszkuję oraz prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z dzieckiem niepełnosprawnym/osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

które/która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;

- 2) dziecko niepełnosprawne do ukończenia 16. roku życia/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności, nad którą sprawuję opiekę stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu dziennego/całodobowego, np. przedszkola, szkoły, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej:

tak

nie, ośrodek/placówka zapewnia pobyt dzienny/całodobowy

Proszę wymienić ośrodek/placówkę:



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



- 3) osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności jest osobą niezatrudnioną:
- tak
- nie
- 4) osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności jest osobą uczącą się lub studiującą:
- tak
- nie
- 5) jestem rodzicem samotnie wychowującym dziecko (dotyczy rodzica dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 16. roku życia):
- tak
- nie
- 6) jestem jedynym członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością:
- tak
- nie
- 7) wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu *Opieka wychowawcza dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024* są zgodnie ze stanem faktycznym.

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