

.....
 (Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnospr.)*

.....
 (miejscowość i data)

.....
 (adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Jaoświadczam, że w rozumieniu Kodeksu

(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

Cywilnego osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, zamieszkuje na terenie województwa małopolskiego.

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć właściwe):

- członkiem rodziny (kim)
- opiekunem*

osoby z niepełnosprawnością

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

oraz że zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Ponadto oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, jak również posiadam informację o limitach dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej oraz, że ww. Program jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Realizatora Programu tj. Caritas Archidiecezji Krakowskiej, o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2024 roku z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej) nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....
 (czytelny podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

* Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka)

Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.