



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Nowy Sącz, ..... r.

.....  
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się  
o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w związku z zapisami części IV ust. 1, 2 i 4 oraz części V ust. 4 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego,

**oświadczam, że jestem członkiem rodziny\* / opiekunem\*\* sprawującym bezpośrednią opiekę nad:**

.....  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

**i zamieszkuję z nią/nim we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania gminy/powiatu 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, korzystania w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej) w terminie nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba z niepełnosprawnością (właściwie zaznaczyć):

- **stale przebywa w domu**, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej, nie jest osobą zatrudnioną, uczącą się, studiującą;

- **nie przebywa stale w domu**, tj. korzysta w ośrodków wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej, jest osobą zatrudnioną, uczącą się, studiującą (właściwie podkreślić)

.....  
(podać rodzaj placówki)

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

\* za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością, na potrzeby realizacji Programu, 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 przystosowania z osobą z niepełnosprawnością.

\*\*za opiekuna osoby z niepełnosprawnością, na potrzeby realizacji Programu, uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka).