Załącznik nr 2

 do Regulaminu udziału w Programie

 „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

 Terytorialnego – edycja 2025

**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Opieka wytchnieniowa”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

Ja niżej podpisany/podpisana………………….………..…………………..……………………………,

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanego w gminie Kołaki Kościelne.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Sprawuję bezpośrednią opiekę oraz zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
4. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
5. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

**Jednocześnie oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę\*:**

☐ stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze
 środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej
 lub nie jest zatrudniona, nie uczy się lub nie studiuje

 ☐ korzysta z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu
 samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub nie jest
 zatrudniona, nie uczy się lub nie studiuje

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

**\***właściwe zaznaczyć znakiem „x”

Miejscowość ……….……………., data …………….….

 …………………..…….…………………..………….…

 *(Podpis członka rodziny//opiekuna osoby z niepełnosprawnością)*