

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres zamieszkania)

### **Dodatkowe informacje i oświadczenia**

I. Oświadczam, że zostałam,/em poinformowana/y o możliwości samodzielnego wyboru:

osoby, która będzie świadczyć usług opieki wytchnieniowej,

Korzystając z powyższego prawa wskazuje/nie wskazuje\*

osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:

.....

II. Oświadczam, że:

osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stałą opiekę stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu,

osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stałą opiekę nie korzysta z innych form pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł,

zostałam/em poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej,

zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego.

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

\*niepotrzebne skreślić