

Łomazy, 2026 r.

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

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026

Na podstawie zapisu Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026:

Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

- a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
- b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej. Członkowie rodzin osób z niepełnosprawnościami i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami, którzy uzyskali w ramach Programu usługi opieki wytchnieniowej, zwani są dalej „uczestnikami Programu.

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Gmina w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

Gmina przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad:

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

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

Oświadczam, że:

wyżej wymieniona osoba z niepełnosprawnością:

- stale przebywa w domu: TAK NIE

- korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej: TAK NIE.

- jestem zatrudniona/y: TAK NIE

- uczę się / studiuję: TAK NIE

Informacje dot. stanu zdrowia i sytuacji życiowej:

.....
.....
.....

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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