

Starostwo Powiatowe

w Kaliszu



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Kaliszu

Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2023 r.

Oświadczenia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Wnioskując o udział w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2023 oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Powiatu Kaliskiego.
2. Zapoznałem/am się z treścią Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2023.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2023 finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego, a udział w Programie jest bezpłatny.
4. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która:

korzysta*

nie korzysta*

z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, np. ośrodek szkolno-wychowawczy czy internat.

5. Oświadczam, że jestem opiekunem/członkiem rodziny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która:

korzysta*

nie korzysta*

z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

6. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną.

tak*

nie*

.....
Data

.....
Podpis

(członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

*(w wybraną kratkę proszę wstawić znak X)

**Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2023
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**