Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczenia

1. Oświadczam, że do świadczenia usług opieki wytchnieniowej wskazuję i akceptuję Panią/Pana:

imię i nazwisko: ….....

adres: ….....

nr tel.: …..... e-mail: ….....

2. Oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością ani osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością.

Za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się: wstępnych, 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 przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

* W przypadku Wnioskodawcy, który opiekuje się dzieckiem niepełnosprawnym od 2 roku życia proszę o dostarczenie do Oświadczenia informacji o niefigurowaniu osoby, która świadczyć będzie usługi opieki wytchnieniowej, w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru (możliwość pobrania w PCPR).

….....

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)