



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Konstytucji 3 Maja 16

tel. (0-25) 756-40-26, e-mail: sekretariat@pcpr-minskmaz.pl

Mińsk Mazowiecki, dn.2025 r.

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

OŚWIADCZENIE **Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025** **Pobyt całodobowy**

W związku z zapisami działu IV ust. 2 i działu V ust. 4 i ust. 5 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025, pobyt całodobowy, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, że sprawuję całodobową opiekę nad osobą z niepełnosprawnością wskazaną w Karcie zgłoszeniowej do Programu i zamieszkuję z tą osobą we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że w/w osoba z niepełnosprawnością stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy lub warsztatu terapii zajęciowej.

W przypadku korzystania z w/w form wsparcia – podać nazwę ośrodka:

.....

Zgodnie z zapisami działu V ust. 20 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025 Powiat przyznaje usługi opieki wytchnieniowej na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu mogą być weryfikowane przez pracowników realizatora Programu w miejscu zamieszkania uczestnika Programu.

Dodatkowe informacje:

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

.....
(podpis Uczestnika Programu)