.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **jest / nie jest*** sprawowana opieka przez rodzica/ opiekuna /osobę spokrewnioną nad ……..

(imię i nazwisko Uczestnika Programu)

oraz **jest / nie jest*** pobierane z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne (tj. w związku z rezygnacją ze świadczenia pracy).

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu tj. Caritas Diecezji Rzeszowskiej o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

……
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna /rodzica)

*Niepotrzebne skreślić.

Wyjaśnienie: W przypadku rezygnacji ze świadczenia pracy i pobierania świadczenia pielęgnacyjnego limit godzin asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne lub osobę ze znacznym stopniem niepełnosprawności wynosi 30 godzin miesięcznie.