

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnospr.*)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja..... oświadczam, że w rozumieniu
(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

Kodeksu Cywilnego **osoba z niepełnosprawnością**, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę,
zamieszkuje na terenie województwa podkarpackiego w powiecie (zaznaczyć właściwe):

- rzeszowskim
- m. Rzeszów
- ropczycko-sędziszowskim
- kolbuszowskim
- strzyżowskim
- jasielskim
- łańcuckim
- leskim
- bieszczadzkiem

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć właściwe):

- członkiem rodziny (kim).....
- opiekunem*

osoby z niepełnosprawnością
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

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

Ponadto oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, jak również posiadam informację o limitach dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej oraz, że ww. Program jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

Jednocześnie **zobowiązuje się o wszelkich zmianach** mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytechnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2024 roku z usług opieki wytechnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytechnieniowej) **niezwłocznie poinformować Realizatora Programu tj. Caritas Diecezji Rzeszowskiej, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

.....
(czytelny podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

* Na potrzeby realizacji Programu za **opiekuna osoby z niepełnosprawnością** uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka)

Na potrzeby realizacji Programu za **członków rodziny osoby z niepełnosprawnością** uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.