

## Oświadczenie członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Ja .....  
(imię i nazwisko członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

zamieszkały/-a (adres zamieszkania) .....

w związku z ubieganiem się o udział w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę,

tj. .... na chwilę obecną, tj. ....  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością) (dzień, miesiąc, rok)

### korzysta z:

- Ośrodka Wsparcia\*
- Placówki pobytu całodobowego\*
- Środowiskowego Domu Samopomocy\*
- Dziennego Domu Pomocy\*
- Warsztatu Terapii Zajęciowej\*
- Jest zatrudniona/-y\*
- Uczy się\*
- Studiuje\*
- Stale przebywa w domu i nie korzysta m.in. z wyżej wymienionych placówek, ośrodków, nie jest zatrudniona/-y, nie uczy się i nie studiuje\*

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

.....  
(miejscowość, data i czytelny podpis członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

\*zaznaczyć właściwe

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