



Załącznik nr 4
do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2026

Gmina Dębowiec

Dane uczestnika

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

1. Oświadczam o miejscu zamieszkania

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie **Gminy Dębowiec** pod wskazanym wyżej adresem oraz że dane te są zgodne ze stanem faktycznym.

Zostałem/am poinformowany/a, że zamieszkiwanie na terenie gminy jest warunkiem udziału w Programie „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2026.

2. Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością wskazaną w niniejszym dokumencie, która pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i wymaga stałego wsparcia w zakresie codziennych potrzeb życiowych.

3. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością posiada odpowiednie orzeczenie:

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności

orzeczenie o niepełnosprawności dziecka w wieku od 2 do 16 lat

Numer orzeczenia:

Data wydania orzeczenia:

4. Oświadczam, że w czasie realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 nie będę korzystać z innych usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych w tym samym czasie.

5. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie jest całkowicie nieodpłatny.

6. Wyrażam zgodę na prowadzenie monitoringu oraz przeprowadzanie kontroli realizacji usług opieki wytchnieniowej przez upoważnionych pracowników Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębowcu oraz inne instytucje uprawnione do kontroli Programu.

7. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na udział w Programie, w szczególności dotyczących zmiany miejsca zamieszkania, zmiany stopnia niepełnosprawności lub rozpoczęcia korzystania z innych usług opieki wytchnieniowej.

8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

9. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w dokumentach związanych z udziałem w Programie są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

10. Zostałem/am poinformowany/a, że liczba godzin usług opieki wytchnieniowej przyznanych w ramach Programu może ulec zmianie w trakcie realizacji Programu w szczególności w przypadku zmiany sytuacji życiowej uczestnika, zmiany liczby uczestników Programu lub ograniczenia środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis uczestnika)