



Załącznik
do Umowy Nr W/MOPR/561/DOTACJE/67/OPIEKA
WYTCNIENIOWA/4/2026 Z 23.04.2026 R.

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z ZASADAMI ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCNIENIOWEJ
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:

oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z założeniami i zasadami realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. Zapoznałem/am się z zakresem obowiązków osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej oraz zobowiązuję się do ich wykonywania z należytą starannością, z poszanowaniem godności, podmiotowości, autonomii i indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
3. Zobowiązuję się do świadczenia usług zgodnie z potrzebami uczestnika Programu oraz osoby z niepełnosprawnością, w szczególności w zakresie:
 - wsparcia w czynnościach życia codziennego,
 - pomocy w przemieszczaniu się,
 - wspierania komunikacji i kontaktów społecznych,
 - organizowania aktywności dostosowanych do możliwości i potrzeb osoby z niepełnosprawnością,
 - zapewnienia bezpieczeństwa podczas realizacji usług.
4. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad poufności oraz ochrony danych osobowych uczestników Programu i osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.



5. Zobowiązuję się do rzetelnego i terminowego prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją usług opieki wytchnieniowej, w szczególności kart realizacji usług oraz innych dokumentów wymaganych przez realizatora Programu.

6. Nie jestem członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem tej osoby ani osobą faktycznie zamieszkującą wspólnie z osobą, na rzecz której będę świadczyć usługi opieki wytchnieniowej.

7. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym w Gdańsku o wszelkich okolicznościach mogących mieć wpływ na prawidłową realizację usług.

8. Przyjmuję do wiadomości, że usługi opieki wytchnieniowej realizowane są w celu czasowego odciążenia członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez zapewnienie wsparcia osobie z niepełnosprawnością zgodnie z zasadami Programu.

9. W przypadku świadczenia usług na rzecz małoletnich zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w Stowarzyszeniu Standardów Ochrony Małoletnich oraz wszystkich procedur związanych z bezpieczeństwem dzieci.

Oświadczam, że treść niniejszego dokumentu jest dla mnie zrozumiała i zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich wskazanych zasad podczas realizacji usług opieki wytchnieniowej.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis osoby świadczącej usługi

*niepotrzebne skreślić