



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

Gdańsk, dnia2026 r.

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAM / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

Oświadczam, że osoba (imię i nazwisko) wskazane przeze mnie jako uczestnika Programu / opiekuna prawnego uczestnika Prawnego* świadcząca usługi asystencji osobistej nie jest członkiem rodziny w/w osoby niepełnosprawnej, jest przygotowana do realizacji usługi asystencji osobistej wobec w/w uczestnika Programu i została przeze mnie zaakceptowana.

Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

.....

(podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić