**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestników Programu\* oraz osób**

**z niepełnosprawnościami mogących mieć wpływ na przyznanie usług opieki wytchnieniowej\*\* :**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

 *(miejscowość i data)*

 *…………………………………………………………*

 *podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/*

 *członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/*

\* - przez „uczestników Programu” rozumie się członków rodzin osób z niepełnosprawnościami

i opiekunów osób z niepełnosprawnościami.

\*\* - zgodnie z zapisami Programu Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę również sytuację zdrowotną i życiową uczestników Programu i osób z niepełnosprawnościami.