**OŚWIADCZENIE**

**Opiekuna/Członka rodziny osoby z niepełnosprawnością**

**przystępującego do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej**

Bielsko-Biała, ……………………….

Ja, niżej podpisany, …………..……………………………………………………..……………………………

*(imię i nazwisko)*

oświadczam, że:

TAK/ NIE

 /  jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności lub osobą z orzeczeniem traktowanym na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 11997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023r, poz. 100, z późn. zm.);

 /  jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności;

 /  zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;

 /  jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, korzystającą z ośrodka wsparcia/ placówki pobytu całodobowego/ środowiskowego domu samopomocy/dziennego domu pomocy/warsztatu terapii zajęciowej/niezatrudnioną/ uczącą się lub studiującą *(jeśli tak, proszę wskazać miejsce, do którego uczęszcza/ gdzie pracuje –*

*…………………………………………………………………………………);*

 /  korzystam z usługi opieki wytchnieniowej w ramach innych programów/projektów

 /  osoba niepełnosprawna nad którą pełnię opiekę korzysta z usług opiekuńczych w ramach innych programów/projektów/instytucji np. pomoc sąsiedzka, usługi opiekuńcze z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie *(jeśli tak, proszę wpisać nazwę instytucji i ilość godzin w wymiarze miesięcznym.*

*………………………………..………………………………………….*

*………………………………..…………………………………………).*

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie powyższych danych.

…………………………………………………..

*(Czytelny podpis Opiekuna/Członka rodziny)*