**OŚWIADCZENIE**

Członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością\*

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

realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej

***dotyczące:* stanu zdrowia i sytuacji życiowej członka rodziny/opiekuna oraz osoby z niepełnosprawnościami pozostającej pod jego bezpośrednią opieką mogących mieć wpływ na przyznanie usług opieki wytchnieniowej\*:**

Bielsko-Biała,…………………………..

Ja, niżej podpisany,

*…………………………………………………………………………………………………*

*(imię i nazwisko)*

Oświadczam, że:

1. w gospodarstwie domowym pozostaje …………..(*wpisać ilość osób*) mogących czasowo wyręczyć mnie w opiece nad osobą z niepełnosprawnością,
2. jestem osobą niezatrudnioną / aktywną zawodowo / uczącą się / studiującą,

(*właściwe podkreślić*)

1. sytuacja życiowa i zdrowotna jest następująca:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*………………………………………………………………………….*

*/Czytelny podpis Opiekuna/Członka rodziny)*

\* - 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.