Karta zgłoszenia PCPR.VI.3022.401.1 ……. 2024

…… ……
Imię i Nazwisko Uczestnika Miejscowość, data

……
Adres zamieszkania Uczestnika

……
Numer telefonu Uczestnika

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ PROGRAMU OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli opiekuna wytchnieniowego

Pani/Pan ……

……
(imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego oraz adres zamieszkania i numer telefonu)

jest przygotowana do świadczenia usług opiekuna wytchnieniowego na moją/mojego podopiecznego rzecz oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług opieki wytchnieniowej.

Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej/mojego podopiecznego rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024[1]

……

(czytelny podpis uczestnika Programu lub
rodzica małoletniego / opiekuna prawnego)

[1]Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.