*Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu   
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu*

*Terytorialnego– edycja 2024*

………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, że:

☐ Wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko : ………………..…………………………………………

Telefon:……………………………………………….…………..

E-mail:……………………………….…………………..

W/w osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
* jest przygotowana do realizacji usług opieki wytchnieniowej,
* spełnia warunki określone w pkt. V ust 8 Programu.

☐ Nie wybieram osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |