*Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu*

*Terytorialnego– edycja 2025*

 ………………………………………………

 Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE
DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek stale przebywa w domu

**☐ tak ☐ nie**.

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek korzysta z:
* ośrodka wsparcia, **☐ nie ☐ tak**, jaki …………………………………………………….
* placówki pobytu całodobowego, **☐ nie ☐ tak**, jaki …………………………………….
* środowiskowego dom samopomocy, **☐ nie ☐ tak**, jaki…………………………………
* dzienny dom pomocy, **☐ nie ☐ tak**, jaki ………………………………………………..
* warsztatu terapii zajęciowej, **☐ nie ☐ tak**, jaki ………………………………………...
1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest:
* zatrudniona **☐ nie ☐ tak**, gdzie? ……………………………………………………….
* Ucząca się **☐ nie ☐ tak**, gdzie? …………………………………………………………
* studiująca **☐ nie ☐ tak**, gdzie? …………………………………………………………
1. Informacje na temat stanu zdrowia i sytuacji życiowej osoby ubiegającej się o świadczenie usług ,, Opieki wytchnieniowej dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 ‘’ oraz osoby z niepełnosprawnością.

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

1. Oświadczam, że:

☐ ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu **,,Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**  finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu tj. ( należy wpisać pełną nazwę podmiotu)……………………………………. ……………………………………

☐ nie ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu **,,Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**  finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu

***WAŻNE: W momencie zakwalifikowania się do programu u innego podmiotu zobowiązuję się do powiadomienia PCPR w Wejherowie w formie pisemnej o przyznanej ilości godzin.***

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