Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

(Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o korzystanie ze wsparcia  
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, oświadczam, że:

* jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej: w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z poźn. zm), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł,
* na osobę realizującą usługi opieki wytchnieniowej wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, adres zamieszkania]

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu)