*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025”*

.......................................................................... .......................................

(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna (miejscowość, data)

osoby z niepełnosprawnością [[1]](#footnote-1))

...........................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja................................................................................................. oświadczam, że w rozumieniu

(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością **1**)

Kodeksu Cywilnego osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę,

zamieszkuje na terenie województwa podkarpackiego w powiecie (zaznaczyć właściwe):

rzeszowskim:

Gmina m. Rzeszów

Gmina ziemska Rzeszów

Gmina Łańcut

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć właściwe):

członkiem rodziny **1** (kim) …………...........................................

opiekunem **1**

osoby z niepełnosprawnością ..............................................................

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

**oraz, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą**

**z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.**

Ponadto oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, jak również posiadam informację o limitach dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej oraz, że ww. Program jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

Jednocześnie zobowiązuję się o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2025 roku z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej) niezwłocznie poinformować Realizatora Programu tj. Fundacja Rudek dla Życia, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.........................................................

(czytelny podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością **1**)

**Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.**

1. Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka).

   Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością 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 osobą z niepełnosprawnością. [↑](#footnote-ref-1)