

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

W związku z ubieganiem się o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 realizowanym przez Fundację Rodzin Polskich im św. Jana Pawła II niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia oświadczenia:

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

1. w rozumieniu Kodeksu Cywilnego

- mieszkam**
 nie mieszkam

w gminie: Świętochłowice, Chorzów, Katowice

Inna gmina z województwa śląskiego (jaka?)

Proszę uzasadnić potrzebę wsparcia w przypadku wskazania innej gminy:

.....

2. **wniosuję o przyznanie w ramach Programu realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im św. Jana Pawła II na rok 2025 godzin usług opieki wytchnieniowej, nie więcej jednak niż 240 godzin/rok. Proszę wpisać łączną liczbę godzin usług opieki wytchnieniowej w okresie trwania Programu**

3. na dzień podpisania niniejszego oświadczenia

- zostało mi przyznane**
 nie zostało mi przyznane

wsparcie w formie usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego na rok 2025 u innego Realizatora Programu:

- „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025. Przyznany wymiar godzin na rok 2025: godzin .
- „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”. Przyznany wymiar godzin na rok 2025: godzin.
- Nie dotyczy – nie zostało mi przyznane wsparcie w formie usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego na rok 2025 u innego Realizatora Programu.

4. osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę jako członek rodziny lub opiekun stale przebywa w domu oraz:

korzysta ze wsparcia finansowanego ze środków publicznych w formie

- placówki pobytu całodobowego
- środowiskowego domu samopomocy
- dziennego domu pomocy
- warsztatu terapii zajęciowej
- innego ośrodka wsparcia (jakiego?).....

nie korzysta ze wsparcia finansowanego ze środków publicznych w formach wskazanych powyżej

5. osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę jako członek rodziny lub opiekun

- jest zatrudniona
- nie jest zatrudniona

6. osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę jako członek rodziny lub opiekun

- uczy się lub studiuje
- nie uczy się lub nie studiuje

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian poprzez złożenie nowego oświadczenia.

Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

W przypadku podania nieprawdziwych danych mających wpływ na zakwalifikowanie do Programu oświadczam, że zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów poniesionych przez Realizatora Programu w związku ze sfinansowaniem usług opieki wytchnieniowej.

Realizator Programu ma prawo zweryfikować w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością prawdziwość podanych informacji na każdym etapie realizacji Programu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością