



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 Nadwiślańską Fundację Rozwoju ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia oświadczenia:

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

1. w rozumieniu Kodeksu Cywilnego

- ☐ mieszkam
☐ nie mieszkam

na terenie powiatu sztumskiego

2. **wniosuję o przyznanie w ramach Programu realizowanego przez Nadwiślańską Fundację Rozwoju na rok 2025** **godzin usług opieki wytchnieniowej dziennej**, nie więcej jednak niż **240 godzin/rok**. Proszę wpisać łączną liczbę godzin usług opieki wytchnieniowej dziennej na okres trwania Programu

Lub

..... **dób usług opieki wytchnieniowej całodobowej**, nie więcej jednak niż **14 dób/rok**. Proszę wpisać łączną liczbę dób usług opieki wytchnieniowej całodobowej na okres 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 z niepełnosprawnością, 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 z niepełnosprawnością nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę jako członek rodziny lub opiekun stale przebywa w domu oraz :

- ☐ jest zatrudniona
☐ nie jest zatrudniona

6. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę jako członek rodziny lub opiekun stale przebywa w domu oraz:

- ☐ 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.

Oświadczam, że zapoznałem się z założeniami Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.

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