



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

....., 2026 r.
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

„OPIEKA WYTCNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu kandydat na opiekuna wytcnieniowego mojego dziecka/ podopiecznego ¹

Pan/Pani.....
imię i nazwisko osoby wskazanej

dane kontaktowe wskazanego opiekuna wytcnieniowego (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):.....

- jest/ nie jest członkiem rodziny mojego dziecka/ podopiecznego zgodnie z kryteriami Programu,

*Jeśli jest, należy wskazać stopień pokrewieństwa:

- jest/ nie jest opiekunem oprawnym mojego dziecka/ podopiecznego,

- faktycznie zamieszkuje/ nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem,

- posiada/ nie posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

- posiada/ nie posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,

- jest/ nie jest przygotowany do realizacji wobec mojego podopiecznego/ mojego dziecka usług opieki wytcnieniowej.

.....
podpis Uczestnika Programu

¹ właściwe zakreślić