……

……
(imię i nazwisko oraz adres zamieszkania)

Dodatkowe informacje i oświadczenia

I. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości samodzielnego wyboru osoby, która będzie świadczyć usług opieki wytchnieniowej. Korzystając z powyższego prawa wskazuje/nie wskazuje** osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:

……tel. ……

II. Informacja o dochodach.

Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych .....)

Przeciętny miesięczny dochód - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 323 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2023 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2024 r. - M.P. 2024, poz. 820), według wzoru: [(5.451 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym.

III. Oświadczam, że:

1) osoba z niepełnosprawnością jest osobą leżąca TAK □ NIE □
2) osoba z niepełnosprawnością zamieszkuje z inną osobą niepełnosprawną TAK □ NIE □
3) osoba z niepełnosprawnością korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej lub usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w tym Programie, finansowane ze środków publicznych TAK □ NIE □
4) osoba z niepełnosprawnością była uczestnikiem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla JST–edycja 2024 lub „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2024 TAK □ NIE □
5) osoba z niepełnosprawnością jest/ nie jest** uczestnikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej, Dziennego Domu Seniora+ lub innej dziennej pomocy usługowej**
6) stan zdrowia i sytuacja życiowa Beneficjenta Programu oraz osób z niepełnosprawnościami (krótko opisać) …….

……

……

……

……

……

IV. Dodatkowe oświadczenia

Oświadczam, że:

□ osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stalą opiekę stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu,

□ osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stalą opiekę nie korzysta z innych form pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł,

□ zostałam/em poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej,

□ zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego.

..……..……

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej*

*w przypadku wskazania asystenta przez osobę niepełnosprawną należy dołączyć oświadczenie o zapoznaniu się przez asystenta z klauzulą informacyjną i RODO (Załącznik nr 2 i 3 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w Programie).

**niepotrzebne skreślić