

.....  
.....  
(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: .....

### 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 2023 r. poz. 390 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 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r. - M.P. 2023, poz. 1030), według wzoru: [(5.549 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym.

### III. Oświadczam, że:

- 1) osoba z niepełnosprawnością jest osobą leżącą 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” – edycja 2023 lub „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 TAK  NIE
- 5) osoba z niepełnosprawnością jest/ nie jest\*\* uczestnikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej, Dziennego Domu Seniora+ lub innej dziennej pomocy usługowej\*\*

### IV. Dodatkowe oświadczenia

#### Oświadczam, że:

- osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią i stałą 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 stałą 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 2023 r. poz. 901, 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