



## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w Karcie zgłoszenia są zgodne z prawdą i jestem świadomy/-a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji;
2. zostałem/-am poinformowany/-a, że Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2024 realizowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych;
3. dziecko niepełnosprawne / osoba niepełnosprawna **korzystała / nie korzystała\*** z innych programów wsparcia finansowanych z Funduszu Solidarnościowego między innymi: opieki wytchnieniowej, asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej , opieka 75 plus lub innych programów tego typu:  
.....W .....W  
roku .....
4. w przypadku **zmiany** miejsca zamieszkania - dziecko niepełnosprawne /osoba niepełnosprawna korzystała / nie korzystała\* z usług opieki wytchnieniowej, świadczonych przez ....., w następującym zakresie i wymiarze .....
5. w przypadku zmian mających wpływ na prawo do pomocy w formie opieki wytchnieniowej **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Sulechowie;
6. zapoznałem się z Regulaminem Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2024r,
7. zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

**\*niepotrzebne skreślić**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis)