



Sulechów, dnia.....

**OŚWIADCZENIE**  
**o wskazaniu osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej**  
(w ramach pobytu dziennego)

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: .....
4. Telefon kontaktowy: .....

**Oświadczam, że:**

na asystenta wskazuję Pana/Panią .....

*imię i nazwisko*

adres zamieszkania: .....

numer kontaktowy, adres e-mail.....

**Oświadczam, że** wskazana przeze mnie osoba:

- nie pozostaje razem ze mną / z uczestnikiem Programu w wspólnym gospodarstwie domowym oraz
- nie jest członkiem mojej rodziny/ nie jest członkiem rodziny uczestnika <sup>1</sup>zgodnie z treścią Programu rodz. IV

.....  
podpis uczestnika Programu/  
opiekuna prawnego

---

<sup>1</sup> Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez członków rodziny uczestnika, opiekunów prawnych uczestnika lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.