Załącznik nr 5 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, ze zapoznałam/łem się z Regulaminem świadczenia usług opieki wytchnieniowej w formie wsparcia całodobowego w Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Szczutowie, ulica 3 Maja 116, 09-227 Szczutowo, w ramach Programu "Opieka wytchnieniowa" – edycja 2024 Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień tego Regulaminu co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że w 2024 roku nie korzystałam/łem z usług opieki wytchnieniowej –

korzystałam/łem z usług opieki wytchnieniowej ....................................................

........................................................... przez okres ........................................... dni. (napisać gdzie)

Oświadczam, że pozostająca/pozostający pod moją opieką Pani/Pan

......................................................................................................................................

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

stale przebywa w domu (miejscu zamieszkania) i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego.

Jednocześnie dla celów korzystania z opieki wytchnieniowej przekazuję do wyłącznej wiadomości Domu następujące dane:

adres zamieszkania ....................................................................................................

numer telefonu .................................... ; adres e-mail ................................................

Miejscowość, dnia ...................................................... 2024r.

..................................................................................................

(czytelny podpis czlonka rodziny/opiekuna - uczestnika Programu

"Opieka Wytchnieniowa – edycja 2024)