Lipsko, dnia …….…………

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

 osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy.

 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 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego.

..………………………………………………………

(podpis osoby opiekuna prawnego lub członka

rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)