



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST –
edycja 2024 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczam, że uczestnik,
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności*.

Zostałem/am poinformowany/a, że o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), jestem zobowiązany poinformować nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

* odpowiednie skreślić