



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

**Załącznik nr 5 do Regulaminu Program
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” –
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO EDYCJA 2026**

Imię i nazwisko.....PESEL.....

- ☐ nie jestem członkiem rodziny
- ☐ nie jestem opiekunem prawnym
- ☐ -nie zamieszkuję razem

Z Panią/Panem/Uczestnikiem Programu tj Opiekunem Dziecka/Osoby Dorosłej, której świadczyć będę usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Jestem świadom/a, że:

- ☐ Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu oraz osobą niepełnosprawną.
- ☐ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych krewnych w linii bocznej, małżonka ,wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka(tzn:) zięcia, synową, macochę, ojczyma, oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
- ☐ Mam świadomość, że wskazana osoba do świadczenia usług przez uczestnika Programu nie musi spełniać warunków, o których mowa w części V ust. 8 pkt 1 lit. a i b Programu tj. być osobą posiadającą dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub posiadającą co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.
- ☐ W trakcie realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn.zm.), inne usługi finansowane w ramach

Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

- ☐ Realizator Programu nie pokrywa kosztów dojazdów do miejsca świadczonych usług ani powrotu oraz jakichkolwiek kosztów związanych z użytkowaniem własnego transportu w trakcie świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
- ☐ Realizator Programu obowiązany jest dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej,
- ☐ Nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej (np. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla organizacji pozarządowych - edycja 2026, „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026),
- ☐ - Jestem przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej
- ☐ Mam świadomość , że Uczestnik Programu za usługi opieki osobistej nie ponosi odpłatności.
- ☐ Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych

.....
miejscowość, data

.....
podpis wykonawcy