



### Deklaracja uczestnika

Ja niżej podpisany/podpisana .....dobrowolnie deklaruję udział w usługach wspierających w zakresie i wymiarze (max. 20 godz.) określonym poniżej, realizowanych w ramach resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, w tym:

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> poradnictwie psychologicznym        | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> poradnictwie terapeutycznym         | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> warsztatach z pielęgnacji           | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> warsztatach z zakresu rehabilitacji | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> konsultacjach dietetycznych         | - liczba godzin ..... |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 oraz zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach udziału w programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że usługi realizowane w ramach programu są bezpłatne.
4. Zostałem/am poinformowany o prawach i obowiązkach wynikających z programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021;
5. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług zaplanowanych w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021, realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
6. Korzystam/nie korzystam\* z innych form pomocy usługowej w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez .....
7. Dziecko/osoba niepełnosprawna nad którą sprawuję opiekę, korzysta/nie korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

**Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość ....., data .....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*nie potrzebne skreślić