

.....  
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn. ....

ul. ....

11-200 Bartoszyce

### OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu dotyczące wskazania osoby realizującej usługę  
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -  
edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

☐ **wskazuję jako osobę realizującą usługę:** .....  
imię i nazwisko

numer telefonu do kontaktu: .....

adres zamieszkania: .....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, którą się opiekuję,
- nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością,
- nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego gospodarstwa domowego z osobą z niepełnosprawnością,
- posiada odpowiednią wiedzę, umiejętności i przygotowanie do realizacji usługi, jak również gwarantuje należyte wykonywanie powierzonych jej zadań.

Wskazana przeze mnie osoba, poza pełnieniem funkcji opiekuna:

- pracuje zawodowo, w dniach i godzinach:

.....

- nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą):

.....

☐ **proszę o wskazanie osoby realizującej usługę przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Bartoszczach.**

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Programu