

Gdańsk, dnia.....

.....
(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

- 1) Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 lub w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. W ramach ww. Programów przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób opieki wytchnieniowej.
- 2) Oświadczam, że ubiegam się/ nie ubiegam się* o udział w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 lub w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowanych przez inną niż PSONI organizację/ instytucję (proszę podać nazwę organizacji/ instytucji)
- 3) Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, której członkiem rodziny/ opiekunem jestem, aktualnie uczestniczy/nie uczestniczy* w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 lub w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. W ramach ww. Programów przyznano mi. (wpisać liczbę godzin) godzin asystencji osobistej.
- 4) Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, której członkiem rodziny/ opiekunem jestem, ubiega się/ nie ubiega się* o udział w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 lub w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowanych przez inną niż PSONI organizację/ instytucję (proszę podać nazwę organizacji/ instytucji)

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

* odpowiednie skreślić.