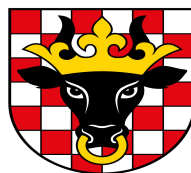




Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczenia

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL

Wnosząc o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że:

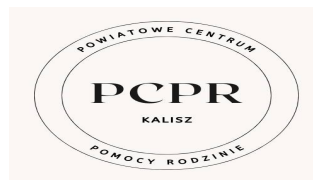
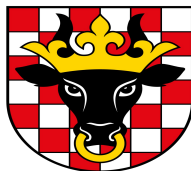
1. Jestem mieszkańcem Powiatu Kaliskiego.
2. Zapoznałem/am się z treścią Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego, a udział w Programie jest bezpłatny.
4. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną.
☐ tak*
☐ nie*

*(w wybraną kratkę proszę wstawić znak X)

.....
(data i czytelny podpis)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Ja

(imię i nazwisko członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

niżej podpisana/podpisany, zwracam się z prośbą wyrażenie zgody na świadczenie usług opieki
wytchnieniowej w moim miejscu zamieszkania, tj.:

.....

(adres członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

.....

(data i czytelny podpis)

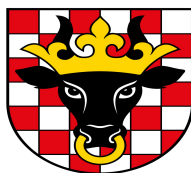
Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody, dnia:.....:

.....

(podpis Realizatora Programu)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Oświadczenia

1. Oświadczam, że do świadczenia usług opieki wytchnieniowej wskazuję i akceptuję Panią/Pana:

imię i nazwisko:

(imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji usług opieki wytchnieniowej)

adres:

nr tel.: e-mail:

2. Oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, teściami, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej.

* W przypadku członka rodziny lub opiekuna, który zajmuje się dzieckiem niepełnosprawnym od 2 do 16 roku życia osoba skierowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej, przed podpisaniem umowy, niezwłocznie dostarczy do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu informację o tym, iż nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru (możliwość pobrania w PCPR) oraz informacji o niefigurowaniu w Krajowym Rejestrze Karnym.

.....

(data i czytelny podpis)