**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam[[1]](#footnote-1):

1. z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa
w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024r., poz. 1283 ze zm.);
2. z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie;
3. usług finansowanych z innych źródeł.

Szczegółowy wykaz usług wymienionych w punkcie ......................, z których korzystam
w miesiącu ..................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data realizacji usługi** | **Godziny realizacji usługi** | **Kategoria usługi** **(1, 2, 3)** | **Organizator usług** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

...............................................................

(miejscowość i data)

....................................................................................

(podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)

1. Niepotrzebne skreślić (w przypadku korzystania z wymienionych usług należy wypełnić tabelę) [↑](#footnote-ref-1)