

## DEKLARACJA

### uczestnika Programu dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi opieki wychnieniowej w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 r. dla osoby małoletniej

Ja, .....

uczestnik Programu wskazuję

Panią/Pana.....

Zam.....

tel: ....., e-mail: .....

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usług opieki wychnieniowej w ramach w/w Programu.

**Oświadczam, że wskazany przez mnie opiekun zgodnie z Programem „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:**

***Zgodnie z Programem w/w nie jest dla osoby z niepełnosprawnością opiekunem prawnym, członkiem rodziny. Wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wychnieniowej i akceptuję jego wybór jako opiekuna w Programie.***

*Za członków rodziny uznać należy: wstępnych, zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

\*pokrewieństwo ze wskazanym w deklaracji opiekunem dotyczy osoby z niepełnosprawnością.

data .....

.....  
(podpis czytelny)