

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja niej podpisany oświadczam, że w momencie przystąpienia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 pobieram / nie pobieram* świadczenia pielęgnacyjnego.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że pobieranie w/w świadczenia w sytuacji korzystania z opieki wytchnieniowej powyżej 5 dni w tygodniu może skutkować obowiązkiem zwrócenia pobranego zasiłku (w przypadku prawa nabytego wg przepisów obowiązujących do dnia 31.12.2023).

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że pobieranie w/w świadczenia w sytuacji korzystania z opieki wytchnieniowej może skutkować obowiązkiem zwrócenia pobranego zasiłku (w przypadku prawa nabytego wg przepisów obowiązujących od dnia 01.01.2024).

.....
Data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Programu

*niepotrzebne skreślić