**Fundusz Solidarnościowy**

**,,Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

**Informacje dotyczące osoby wskazanej przez Wnioskującego na kandydata na osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej** **w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

1. **Wskazuję kandydata na osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa – edycja 2023”:**

* **Tak**
* **Nie**

***Proszę zaznaczyć odpowiednie.***

1. **Dane Wnioskującego o osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:**
2. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......……….

***Proszę zaznaczyć odpowiednie:***

* jestem osobą, która bezpośrednio chce korzystać z usług osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej,
* jestem opiekunem prawnym osoby, która bezpośrednio chce korzystać z usług osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej,
* **NIE JESTEM** opiekunem prawnym osoby, która bezpośrednio chce korzystać z usług osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej.

1. Adres:

…………………………….…...................…….................………..............................................

…………………………………………………………………………………………………...

1. **Dane osoby, która bezpośrednio chce korzystać z usług osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:**

***(Uwaga! Należy wypełnić tylko w przypadku, jeśli osoba wskazana w pkt II JEST osobą inną niż osoba wskazana w pkt III)***

1. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......……….

1. Adres:

…………………………….…...................…….................………..............................................

…………………………………………………………………………………………………...

1. **Dane kandydata na osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:**

***UWAGA! Wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK w pkt I***

1. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......……

1. Dane kontaktowe:
2. numer telefonu:………………………………………………………………………..
3. inna forma kontaktu (*np. e-mail, ePUAP, adres do korespondencji*):

…………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do realizacji usługi opieki wytchnieniowej dla osoby wskazanej w niniejszej informacji nie jest członkiem Jej rodziny, tzn.: nie jest Jej wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, teściową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą z Nią we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą z Nią w stosunku przysposobienia.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że realizacja Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 będzie możliwa pod warunkiem otrzymania przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi od Wojewody Pomorskiego środków z Funduszu Solidarnościowego, o których mowa w art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym zgodnie z harmonogramem wynikającym z zawartej z Wojewodą umowy.

Miejscowość, data ………………………………………..

…………………………..…………………………

*podpis osoby opiekuna prawnego**lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej*