

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie opiekuna faktycznego

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko opiekuna:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

oświadczam, że sprawuję codzienną/regularną opiekę nad osobą
z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko podopiecznego:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

Rodzaj/stopień niepełnosprawności:

W ramach sprawowanej opieki wykonuję czynności związane z codziennym funkcjonowaniem osoby niepełnosprawnej, w tym m.in.: pomoc w samoobsłudze i czynnościach życia codziennego, wsparcie w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia, zapewnienie opieki w domu lub w miejscu stałego pobytu podopiecznego.

Oświadczam również, że:

- jestem osobą pełnoletnią,
- podopieczny nie przebywa w stałym pobycie w placówce całodobowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych podopiecznego przez Fundację „Więcej z Życia” w celu realizacji programu Opieka wytchnieniowa 2026, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (RODO).

Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Fundację „Więcej z Życia” o wszelkich zmianach mających wpływ na moje prawo i warunki korzystania

z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa 2026”,
w szczególności o:

- utracie statusu osoby z niepełnosprawnością podopiecznego,
- zmianie stopnia niepełnosprawności podopiecznego,
- rozpoczęciu korzystania przez podopiecznego w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych w ramach innych programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego lub innych form wsparcia (AOOZN, wsparcie przez MOPS, GOPS itp.).

Zgłoszenie zmian nastąpi **nie później niż w ciągu 7 dni** od ich wystąpienia.

.....

Podpis opiekuna faktycznego