**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA**

Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia realizowanego przez inne jednostki świadczącej usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 oraz, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

...…………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej**