



.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH - EDYCJA 2025

Oświadczam, że:

- zapoznałem się z założeniami Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025,
a w szczególności o:
 - obowiązku poinformowania Realizatora Programu niezwłocznie o każdej zmianie mającej wpływ na spełnianie kryteriów uczestnictwa w programie. W szczególności np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej itd.
 - w razie niedochowania obowiązku, o którym mowa w punkcie wyżej - obowiązku zwrotu środków wydanych przez Realizatora Programu na opiekuna Uczestnika od dnia upływu okresu o którym mowa § 8 ust. 2 lit j) do dnia wykluczenia Uczestnika z programu, wraz z odsetkami.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu)

