



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5 do Regulaminu Realizacji Programu  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025 - opieka całodobowa dla Osób  
z niepełnosprawnością w Gminie Walce

## POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisany/a

.....

**Potwierdzam swoje uczestnictwo** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w ramach opieki dziennej w miejscu zamieszkania Osoby z niepełnosprawnością, **w ilości ..... dób.**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – **opieka całodobowa dla Osób z niepełnosprawnością w Gminie Walce.**

2. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest bezpłatny.

4. Zapoznałem/am się z Klauzulami informacyjnymi dotyczące ochrony danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

5. Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach ww. Programu są zgodne z prawdą.

6. Przyjmuję do wiadomości, że:

- a) usługa będzie realizowana w miejscu wskazanym przez Uczestnika lub Realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa



w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami tj.: .....

- .....
- .....
- b) Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone nieprzerwanie nie dłużej niż przez 12 godzin, w godzinach 6.00 – 22.00.
- c) Usługi, **w ilości całkowitej** ..... **dób** będą świadczone będą dnia ..... 2025 r. do dnia ..... 2025 r.  
Realizacja usług po wskazanym terminie jest możliwa wyłącznie w przypadku przedłożenia nie później niż do 15.12.2025 r. pisemnego wniosku wraz z harmonogramem potrzeb w ramach uzyskanego limitu dób.
- d) Usługi będą świadczone w okresie obowiązywania orzeczenia o niepełnosprawności. Wznowienie świadczeń w ramach przyznanego limitu dób będzie możliwe po dostarczeniu nowego, aktualnego orzeczenia wskazującego na spełnienie kryteriów programowych.
- e) Realizator może odstąpić od przyznanej pomocy w przypadku:
- braku możliwości rozpoczęcia realizacji usług w terminie do 30 dni od daty poinformowania o zakwalifikowaniu do Programu z winy Uczestnika Programu, spowodowanej np. niewskazaniem/przyjęciem wskazanego przez Realizatora Opiekuna, uniemożliwiającym zawarcie stosowanej umowy z Opiekunem,
  - bezzasadnego niekorzystania z przyznanej pomocy.

7. Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz informowania o wszelkich zmianach okoliczności, mogących mieć wpływ na realizację ww. Programu.
- 2) Przestrzegania zapisów Regulaminu Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego w gminie Walce – edycja 2025 – opieka dzienna w miejscu zamieszkania Osoby z niepełnosprawnością.
- 3) Informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.

.....

Data i podpis