

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

Nie korzystałem/am z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, w tym „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Korzystałem/am z usług opieki wytchnieniowej w ramach programu:

„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Inny program opieki wytchnieniowej (proszę podać nazwę):

Wykorzystanie przyznanego limitu godzin w 2025 roku:

Łączna liczba godzin usług opieki wytchnieniowej, z których dotychczas skorzystałem/am w 2025 roku wynosi: _____ godzin.

Potwierdzam, że pozostały limit godzin wytchnieniowych na 2025 rok nie przekracza 240 godzin.

Ponadto:

- Wyrażam zgodę na weryfikację mojego udziału w innych programach opieki wytchnieniowej przez realizatora programu, w tym kontakt z innymi instytucjami realizującymi podobne projekty, w celu koordynacji działań i uniknięcia przekroczenia limitów.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania realizatora programu o każdorazowym udziale w innym programie opieki wytchnieniowej oraz o liczbie godzin zrealizowanych w ramach tych programów.

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a, że ich nieprawdziwość może skutkować wykluczeniem z udziału w programie.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika