



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE KANDYDATA do udziału w Programie

„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

DOTYCZĄCE UDZIAŁU W INNYCH PROGRAMACH

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że:

1. W bieżącym roku kalendarzowym złożyłem/am wniosek dotyczący udziału w Programie „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2026,

- **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- nazwy Realizatora Programu

2. Korzystam z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej

- **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- limitu przyznanych godzin:
- limitu wykorzystanych godzin:
- nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

3. W bieżącym roku kalendarzowym osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy zgłoszenie złożyła wniosek do udziału w Programie Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością – edycja 2026,

- **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- nazwy Realizatora Programu

4. Osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy wnioszek korzysta z usług asystencji finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej

- **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- limitu przyznanych godzin:
- limitu wykorzystanych godzin:
- nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

.....
miejsowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu