**OŚWIADCZENIE**

**Członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością\***

**przystępującego do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2024**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej**

**Imię i nazwisko** ………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**…………………………………………………………………………

**Zobowiązuję się niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia w którym nastąpiła zmiana poinformować Realizatora Programu (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej) o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej np.**

* **zmianie miejsca zamieszkania,**
* **utracie statusu osoby z niepełnosprawnością,**
* **zmianie stopnia niepełnosprawności,**
* **korzystaniu w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej.**

………………………………………………

 *(miejscowość i data)*

 *…………………………………………………………*

 *podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/*

 *członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/*