**Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie „Opieka wytchnieniowa" — edycja 2021, oraz oświadczam, że:**

Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.

- ☐ Zapoznałem/am się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" — edycja 2021.
- ☐ Oświadczam, że: ☐ korzystam ☐ nie korzystam, ze wsparcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w innej Instytucji.
- ☐ Oświadczam, że: ☐ korzystam ☐ nie korzystam, z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn zm.), usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określonych w Regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" — edycja 2021 jest bezpłatny.
- ☐ Zamieszkuję na terenie miasta Włocławek w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej.

Jednocześnie zobowiązuję się do :

1. Udziału w zaplanowanych formach wsparcia.
2. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021.
3. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu.
4. Przestrzegania zasad Regulaminu Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że:

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa" - edycja 2021, w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" — edycja 2021. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.

Włocławek, dnia .....

.....
podpis opiekuna/członka rodziny/os. niepełnosprawnej

**Pouczenie:** Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.