



Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Oświadczenie

Członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością Programu” Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. dotyczące wskazania osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej

Oświadczam, że:

Ja niżej podpisana/ny.....
Imię i nazwisko

Zamieszkała/ty.....
Adres
Telefon

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. dla osoby z niepełnosprawnością.

.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania

Wskazuję osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

.....
Imię i nazwisko, adres, telefon

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma), oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością; nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością, nie zamieszkuje z osobą z niepełnosprawnością;
- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej;
- posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta* lub
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub
- zostanie wskazana przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

nie wskazuję osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

* **Właściwe podkreślić.**