

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Korzystając z prawa do wyboru osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej na rzecz osoby niepełnosprawnej będącej pod moją bezpośrednią opieką tj.

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022, do realizacji ww. usługi wskazuję:

Imię i Nazwisko

Adres Zamieszkania

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazana przeze mnie osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny^{1)*}
- nie jest moim opiekunem prawnym*
- nie zamieszkuje razem ze mną*
- nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym*

Ponadto wyżej wskazana przeze mnie osoba:

- posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodziny lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022*
- posiada co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym*
- nie posiada wymienionych powyżej kwalifikacji ani wskazanego doświadczenia*

.....
(podpis Uczestnika Programu)

*zaznacz właściwą odpowiedź

¹⁾ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Uczestnikiem Programu.