

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

DEKLARACJA

**uczestnika Programu dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi Opieki
wytchnieniowej - edycja 2023r.**

Ja,

uczestnik Programu wskazuje

Panią/Pana.....

Zam.....

tel., e-mail:

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach
w/w. Programu.

**Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba posiada kwalifikacje zgodne z wymogami
Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2023”:**

☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby
niepełnosprawnej, pielęgniarka lub innym zapewniającym realizację usługi opieki
wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby z
niepełnosprawnościami (wynikające z Karty zgłoszenia do Programu) lub

☐ co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej
pomocy/opieki osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie
wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu itp. Doświadczenie to
powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie
bezpśredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami.

* odpowiedni kwadrat zakreślić

*Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest moim opiekunem prawnym, nie
jest członkiem rodziny i nie zamieszkuje razem ze mną oraz jest przygotowany do realizacji wobec
mnie usług opieki wytchnieniowej. Za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych,
małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a
także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.*

....., dnia

.....

(podpis czytelny)