

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA CZŁONKÓW RODZIN LUB OPIEKUNÓW OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” – EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej
4. **Do świadczenia usług opieki wytchnieniowej wskazuję Pana/Panią**

.....
Imię i nazwisko

.....
Dane kontaktowe wskazanej osoby : adres zamieszkania/nr telefonu/adres e-mail

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

posiada dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach:
asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog,
psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta

posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu
bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe,
udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie zamieszkuje razem ze mną/z uczestnikiem
Programu.

Nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....
podpis osoby opiekuna prawnego lub członka/opiekuna osoby niepełnosprawnej