



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Krościenko Wyżne, dnia

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022

Oświadczam, że:

na osobę mającą świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję

.....
(Imię i Nazwisko, telefon, e-mail)

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć usługi opieki wytchnieniowej nie jest członkiem mojej rodziny (rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, dziadkiem/babcią, teściową/teściem, macochą, ojczymem), nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym nie zamieszkuje wraz ze mną oraz nie jest moim opiekunem prawnym.
2. Przyjmuję do wiadomości, że świadczenie przez osobę wskazaną powyżej usług opieki wytchnieniowej będzie możliwe, o ile osoba ta spełni kryteria, o których mowa w pkt V ust. 7 Programu tj. będzie posiadała 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 lub będzie posiadała, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym. Spełnienie w/w kryteriów będzie podlegało weryfikacji przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym.

nie wskazuję asystenta.

.....
Podpis uczestnika Programu