

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023

WSKAZANIE OPIEKUNA

Ja, niżej podpisany/a.....
zamieszkały/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 realizacji usług opieki wytchnieniowej:
 chcę wskazać opiekuna
 nie chcę wskazywać opiekuna

Wskazana osoba:

- nie może być członkiem rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia;
- nie może wspólnie zamieszkiwać;
- musi posiadać 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” – edycja 2023) lub posiadać co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. ¹⁾

.....
(miejscowość)

.....
(data: dd/mm/rrrr)

.....
(podpis)

¹⁾ posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym