

**Oświadczenie uczestnika**

**Programu Opieka Wytchnieniowa – edycja 2023**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..………………………………………………, zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..………………… .

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Do realizacji usług asystencji:

☐ **Wskazuję osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………….

 Numer telefonu ………………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

☐ jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej;

☐ posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej/ pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej

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

☐ **Nie wskazuję osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.**

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

Miejscowość ………………, data …………. ……………………..…………………………………………………
  *(Podpis uczestnika Programu)*