



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres)

### DEKLARACJA

uczestnika Programu dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi Opieki wytchnieniowej - edycja 2024 r.

Ja, ..... uczestnik Programu wskazuję

Panią/Pana.....

Zam.....

tel. ....,

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 2024”:**

- 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)
- 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 bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami.
- zostanie wskazana w Karcie zgłoszenia do Programu „ Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2024.

**\* 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.*

....., dnia .....

.....  
(podpis czytelny)