**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Opieka wytchnieniowa”– edycja 2023**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że wskazuję do pełnienia funkcji opiekuna Panią/Pana:

Imię i Nazwisko opiekuna:……………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………….

Telefon: …………………………………………..……….

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć usługi opieki wytchnieniowej posiada:

**☐** dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka lub inny, zapewniający realizację usług opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub

**☐** posiada co najmniej 6 miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej

**☐** Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \*

**☐** Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem  
o niepełnosprawności akceptuję wskazaną osobę jako opiekuna mojego dziecka

\*Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczeniaco potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)