

**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 finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:

**Wskazuje osobę do realizacji opieki wytchnieniowej:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

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 potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
- Nie wskazuje osoby do realizacji opieki wytchnieniowej.**

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

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)