Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu” Opieka wytchnieniowa”- edycja 2022

OŚWIADCZENIE

Członka rodziny /opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej Programu „ Opieka wytchnieniowa”- edycja 2022 realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Kozienicach dotyczące wskazania osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej.

Ja niżej podpisany/-a:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

Zamieszkały/-a:………………………………………………………………………………………………………………………

Adres telefon

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „ Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 dla osoby niepełnosprawnej.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko, adres zamieszkania

Wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko, adres

2. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym¹

3. Oświadczam, że osobę wskazaną do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej znam osobiście , osoba posiada odpowiednia wiedzę i kwalifikacje do wykonywania w/w usługi oraz osoba ta gwarantuje należyte jej wykonanie

Miejscowość i data……………………………………………. ………………………………………………………..

Czytelny podpis

) 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.