

**Program „ Opieka wytchnieniowa”-edycja 2023**

Projekt realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu w ramach resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

**OŚWIADCZENIE**

Członka rodziny /opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej Programu „ **Opieka wytchnieniowa”-** **edycja 2023** 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 2023** dla osoby niepełnosprawnej.

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

Imię i nazwisko, adres zamieszkania

Wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

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

Imię i nazwisko, adres, telefon

1. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej nie jest członkiem mojej rodziny²

2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt.1 lub 2.

a) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1))/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu) lub

b) osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp.

3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.

4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość i data……………………………………………. ………………………………………………………. Czytelny podpis

²) Na potrzeby realizacji Programu ,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.

1. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)