

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023
WSKAZANIE OPIEKUNA

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:

☐ **Wskazuję:**

Imię i Nazwisko
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 osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;
 - ☐ nie zamieszkuje ze mną
 - ☐ posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej / pielęgniarza lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023)
 - ☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.¹
- ☐ **Nie wskazuję opiekuna.**

Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)²

Gierałtowiec, data

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

¹posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym

² art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”