

Kęty, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023

Oświadczam, że:

Wybieram osobę realizującą usługę opieki wytchnieniowej.

Imię i nazwisko:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej , tj. posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej¹⁾, pielęgniarka lub innym zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej albo posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu

Nie wybieram osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej.

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn.

¹⁾Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest 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.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w punkcie V ust. 6 Programu, finansowane ze środków publicznych.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu