



Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5
do Regulaminu Programu
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCNNIENIOWEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 oświadczam, iż:

- 1) do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję osobę:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e- mail:

- 2) wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;
- 3) wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 tj.*
- a) osoba posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub
 - b) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami lub
 - c) osoba wskazana przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu.

.....
Głogów, data

.....
Podpis członka rodziny lub
opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*właściwe zaznaczyć