

Oświadczenie Uczestnika Programu „Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

Wskazanie osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wychnieniowej

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Na osobę, która będzie świadczyć usługi opieki wychnieniowej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

Wskazana osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka usługi opieki wychnieniowej tj. posiada posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej*, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu,

Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym **

*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.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

**Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

„OPIEKA WYCHNIENIOWA”
DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH – EDYCJA 2025

Jestem świadomy/-ma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

„OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH - EDYCJA 2025