

PROGRAM „OPIEKA WYTCHEŃNIOWA” – 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/pielęgniarka 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).

Dębowiec, data

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

- 1) posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym
- 2) 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”