

.....
Imię i nazwisko członka rodziny/
opiekuna osoby niepełnosprawnej

.....
Adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023
o wskazaniu osoby do realizacji usługi opieki wytchnieniowej**

Oświadczam, że wskazuje na osobę do realizacji usługi opieki wytchnieniowej :

.....
Imię i nazwisko

.....
Telefon

Oświadczam, iż wskazana osoba:

- 1) posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej pielęgniarz lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu) lub
- 2) posiada, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.
Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym;
- 3) nie jest członkiem mojej rodziny zgodnie z zapisami Programu (za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem) oraz ze mną nie zamieszkuje.

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.¹

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby
niepełnosprawnej)

¹ 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”

