Wilkowice, dnia ………………………..

……………………………………………………………………
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

………………………………………………………………………
 Adres zamieszkania

………………………………………………………………………..
 (Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE**

 dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

 Oświadczam, że:

☐ na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej wybieram:

……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……

(Imię i Nazwisko, telefon lub e-mail)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji usług opieki wytchnieniowej znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje, co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym oraz gwarantuje należyte i bezpieczne dla mnie wykonanie tej funkcji.

|  |
| --- |
|  |

☐ nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.

 ……………………………..………………………….
 Podpis uczestnika Programu