



Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Rypin, dnia.....

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ
OPIEKI WYTCHENIOWEJ 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:

.....

- 2) wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;



Opieka wychowawcza dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego

- 3) wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 tj.
 - a) osoba posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej), pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub
 - b) posiadają 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, lub
 - c) osoba wskazana przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu.
- 4) zobowiązuję się do poinformowania GOPS w Rypinie o wszelkich zmianach

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

***właściwe zaznaczyć**