

.....
Imię i Nazwisko

Rypin, dnia.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ
OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 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;
- 3) wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 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 za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, 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) zobowiązuje się do poinformowania GOPS w Rypinie o wszelkich zmianach

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

***właściwe zaznaczyć**