………………………………………… ……….…………………...

Imię i Nazwisko Świnoujście, 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 2024 oświadczam, iż:

1. do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję osobę:

Imię i nazwisko: …..................................................................................................................................

Adres zamieszkania: …..................................................................................................................................

Numer telefonu: …...................................................................................................................................

Adres e- mail: ….....................................................................................................................................;

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;
2. wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 tj.
3. 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.

1. zobowiązuję się do poinformowania Gminy Miasto Świnoujście o zmniejszeniu liczby godzin usługi opieki wytchnieniowej.

 ...………………………………………………….

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

**\*właściwe zaznaczyć**