



**Deklaracja wyboru Opiekuna do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

**Dane Uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres zamieszkania: .....

**Dane osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

W związku z ubieganiem się o usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej” – edycja 2023 wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług.

**Dane kandydata na opiekuna świadczącego usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

**Oświadczam, że wskazana osoba posiada wymagane kwalifikacje do świadczenia usług:**

**-Posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej\* (wynikających z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, której wzór stanowi załącznik nr 1 do regulaminu) lub**

**-Posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym\*,**

**oraz nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym Uczestnika Programu, nie zamieszkuje razem z Uczestnikiem Programu.**

Miejscowość .....,

data .....

.....

(Podpis osoby niepełnosprawnej,  
opiekuna prawnego lub członka rodziny/  
opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\* Do Kwestionariusza należy dołączyć kopie dokumentów poświadczających wykształcenie (dyplom, świadectwo itp.) oraz doświadczenie zawodowe (np. zaświadczenie od pracodawcy itp.)