...........................................................

(miejscowość i data)
........................................................................
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)
.......................................................................
(adres zamieszkania)
......................................................................
(telefon)

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

dotyczące wskazania osoby

I. Ja niżej podpisany, oświadczam co następuje:
1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” edycja 2023.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych

5. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu ich realizacji.

II. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa ” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia w/w wsparcia dla:
..................................................................................................................................
Dane i adres osoby mającej pełnić usługę opieki wytchnieniowej: ..................................................................................................................................
Telefon osoby mającej pełnić usługę opieki wytchnieniowej : ..................................................................................................................................
Wnoszę o realizację usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ............................... godzin.

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

*Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*

2. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej:
□ posiada dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach:

w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej )/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej,

□ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

3. Ponadto oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą sprawuję całodobową opiekę

**korzysta / nie korzysta** z ośrodka wsparcia / *niewłaściwe przekreślić*

Jeśli korzysta proszę wpisać ośrodek ………………………………………………………………….................................................

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Pouczenie:
Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8 - § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

 ..................................................................................................................
Podpis opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023
program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego