

**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..……………………………………………, zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..…………………

**Oświadczam, że:**

Zostałem/am zapoznany/a z zasadami udziału w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Pracownicy Ośrodka Pomocy Społecznej w Redzie poinformowali mnie, że:

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024 uzależniony będzie od wysokości przyznanych środków finansowych. W razie braku środków OPS zastrzega sobie prawo zmniejszenia ilości godzin lub skrócenia okresu realizacji świadczenia.
2. Złożenie w OPS Karty zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa ” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest równoznaczne z przyznaniem usług opieki wytchnieniowej. Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego.
3. Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:

☐ **Wskazuję osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………….

Numer telefonu ………………………………………………………………………………

☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem, zięciem, synową), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

☐ jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej;

☐ posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta

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

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**  
Miejscowość ………………, data …………. ……………………..…………………………………………………  
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

***Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego***