Załącznik nr 1 do Regulaminu

Lipsko, dnia .......................

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości samodzielnego wyboru:

Osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej zgodnie z ust.5 pkt. 1) lit.a) Programu tj. w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej .

Korzystając z powyższego prawa wskazuję/ nie wskazuję\*

Imię i nazwisko ...........................................................................................................................

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

☐ oświadczam, że ww. wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz faktycznie nie zamieszkuje razem ze mną, ( za członków rodziny 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.

☐ oświadczam, że podopieczny zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką.

**Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej;**

1. ☐ posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1))/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu) lub

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

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, powinno zostać udokumentowane

pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym[[2]](#footnote-2)).

 zostałam/em poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej,

 zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego.

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

 (podpis osoby opiekuna prawnego lub członka

 rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\*niepotrzebne skreślić

1. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę. [↑](#footnote-ref-2)