**Wskazanie opiekuna wytchnieniowego****do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/a ..................................................................................................................................................................................................
wskazuję na swojego opiekuna wytchnieniowego świadczącego usługi w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 Panią/Pana:

Imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego: .............................................................................….……………………………………………… Adres opiekuna wytchnieniowego: ………………………………………………………………………………………………………………....................

Telefon opiekuna wytchnieniowego: ..............................................................................................................................................................

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny1), opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia2).

Koszalin, data ....................................2024r.

………………………….........................................................................................

 (czytelny podpis Uczestnika Programu)

**KANDYDAT NA OPIEKUNA WYTCHNIENIOWEGO**

Oświadczam, że posiadam:

☐ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta.

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

oraz jestem w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług opieki wytchnieniowej.

Deklaruję gotowość do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wobec wyżej wskazanej osoby z niepełnosprawnością:

……………………………………………………………..……………………………………………………….

(data i czytelny podpis kandydata na opiekuna wytchnieniowego)

1) Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

2) art. 233 § 1 Kodeksu karnego – „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.