

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y.....

zamieszkała/y.....

Oświadczam, że osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej będzie: (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)

.....

....., która/który nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika 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) oraz nie jest osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Ponadto oświadczam, iż:

☐ osoba wskazana przeze mnie jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej;

☐ jestem w stanie/ czuję się kompetentny(a), aby przeszkolić wskazaną osobę do wykonywania usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością