………………………………………… ……….…………………...

Imię i Nazwisko Świnoujście, dnia

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

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach   
Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 oświadczam, iż:

1. do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję osobę:

Imię i nazwisko: …..................................................................................................................................

Adres zamieszkania: …..................................................................................................................................

Numer telefonu: …...................................................................................................................................

Adres e- mail: ….....................................................................................................................................;

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;
2. wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 tj.
3. osoba posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej wynikających z Karty zgłoszenia, \*

lub

1. osoba 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 itp.\*
2. zobowiązuję się do poinformowania Gminy Miasto Świnoujście o zmniejszeniu liczby godzin usługi opieki wytchnieniowej.

...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego   
 osoby z niepełnosprawnością**

**\*właściwe zaznaczyć**