



Powiat Dzierżoniowski



„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y.....

zamieszkała/y.....

Oświadczam, że:

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

.....

.....

1. **Wskazana osoba 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.**
2. **Przyjmuję do wiadomości, że osoby świadczące usługę opieki wytchnieniowej w trakcie trwania Programu może nastąpić tylko jeden raz z powodu ważnych i uzasadnionych przyczyn.**
3. **W przypadku dziecka do 16 roku życia oświadczam, że akceptuję wskazaną osobę.**

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,

nie wskazuję

.....
Podpis uczestnika Programu