



**Karta zgłoszenia osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

Dane Uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania:

Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

W związku z ubieganiem się o usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej” – edycja 2021 wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług.

Dane kandydata na opiekuna świadczącego usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:.....

E-mail:.....

Oświadczam, że wskazana osoba posiada wymagane kwalifikacje do świadczenia usług:

-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 do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, której wzór stanowi załącznik nr 1 do regulaminu) lub

-Posiadające, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym*,

oraz nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym Uczestnika Programu, nie zamieszkuje razem z Uczestnikiem Programu.

Miejscowość,

data

.....

(Podpis osoby niepełnosprawnej,
opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby niepełnosprawnej)

* Do Kwestionariusza należy dołączyć kopie dokumentów poświadczających wykształcenie (dyplom, świadectwo itp.) oraz doświadczenie zawodowe (np. zaświadczenie od pracodawcy itp.)