# **PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025WSKAZANIE OPIEKUNA**

Ja, niżej podpisany/a…………………………………...………………………………………………

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:

[ ]  chcę wskazać opiekuna ………………………………………………………………………

[ ]  nie chcę wskazywać opiekuna

Wskazana osoba:

* nie może być członkiem rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia;
* nie może wspólnie zamieszkiwać;
* musi posiadać 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 2025) lub posiadać co najmniej
6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.[[1]](#footnote-1)

………………… ………………… …………………

(miejscowość) (data: dd/mm/rrrr) (podpis)

1. posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. [↑](#footnote-ref-1)