*Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024*

Józefów ………………………………….

…………………………………………………………….……….………….…………..

(Imię i nazwisko odbiorcy programu/ opiekuna prawnego)

………………………………………………….…………………………….…………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………….…………….

(numer telefonu)

**DEKLARACJA WYBORU OPIEKUNA**

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji opiekuna w ramach programu „Opieka wytchnieniowa dla osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko opiekuna/ki: …………………………………………………………………………………………………………………  
Telefon:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
E-mail: ....................................................................................................................................................

Dane osoby nad która sprawuję opiekę (*imię i nazwisko)*:.………………………………………………….….…………

□ dziecko

□ osoba dorosła

………………………………………………………………….

(podpis odbiorcy programu /opiekuna prawnego)

………………………………………………………………………………

W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia ustnego: podpis osoby przyjmującej deklarację

**Oświadczenie wskazanego opiekuna**

Ja, wyżej wymieniony/a ………………………………………………….., oświadczam, że:

1. **Nie jestem**  **opiekunem prawnym, członkiem rodziny oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z odbiorcą programu.** (Za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu).
2. Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji wymaganych w programie (zaznaczyć posiadane):

□ asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)),

□ opiekun osoby starszej,

□ opiekun medyczny,

□ pedagog,

□ psycholog,

□ terapeuta zajęciowy,

□ pielęgniarka,

□ fizjoterapeuta,

□ posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

1. Oświadczam iż nie byłam(em) skazana(y) za przestępstwa popełnione umyślnie i nie figuruję, jako osoba skazana w Krajowym Rejestrze Karnym.
2. Zobowiązuję się do dostarczenia, najpóźniej w dniu podpisania umowy zlecenia, kserokopii:
3. dokumentu poświadczającego kwalifikacje/doświadczenie wraz z oryginałem do wglądu,

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

…………………………………………….…

(podpis wskazanego asystenta)

1. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania   
   (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)