

**Załącznik nr 3 do karty zgłoszenia
do Programu „Opieka Wytchnieniowa”-edycja 2023**



Rybnik

**PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023
WSKAZANIE OPIEKUNA**

Ja, niżej podpisany/a

Wskazuję na opiekuna świadczącego usługi w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”
– edycja 2023 Panią/Pana:

Imię i nazwisko opiekuna:

Adres:

Telefon:

Wskazany opiekun posiada:

- 1) 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 2023, której wzór stanowi załącznik nr 8 do Programu)
- 2) co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny¹, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

¹ Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

2. w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
3. Jestem świadomy, że limit usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:
 - 1) 240 godzin dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego oraz
 - 2) 14 dni dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.

W związku z powyższym zobowiązuję się do poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Rybniku w przypadku otrzymania usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego z innych źródeł.

4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia².

Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu

² art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.