Brusy, dnia ………………………

……………………………………………………….

……………………………………………………….

……………………………………………………….

(imię, nazwisko, adres osoby ubiegającej się

 o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z zapisami Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2023” (Dział V ust. 21), do realizacji usługi opieki wytchnieniowej wskazuję Pana/Panią …………………………………………………………………………………………………..

Wskazana osoba spełnia następujący warunek:

1. 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 lub
2. posiada, co najmniej 6 miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu
bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu\*.

 ……………………………………………………………

(czytelny podpis)

\*nieodpowiednie skreślić