

**Oświadczenie uczestnika
Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2025**

Ja niżej podpisany/podpisana,
zamieszkały/a

Oświadczam, że:

Zostałem/am zapoznany/a z zasadami udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025.

Pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach poinformowali mnie, że:

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025 uzależniony będzie od wysokości przyznanych środków finansowych. W razie braku środków MOPR zastrzega sobie prawo **zmniejszenia ilości godzin lub skrócenia okresu realizacji świadczenia**.
2. Zakres i wymiar czasowy usług uzależniony będzie od sytuacji zdrowotnej i rodzinnej osoby niepełnosprawnej oraz od stopnia samodzielności.
3. Złożenie w MOPR Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025 nie jest równoznaczne z przyznaniem usług opieki wytchnieniowej. Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego.
4. Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:

Wskazuję osobę:

Imię i Nazwisko

Agencja opiekuńcza

Numer telefonu

Nie wskazuję żadnej osoby

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej;

osoby posiadające 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, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu)

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

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).

Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)