…………………………………….. Biała Podlaska, dn……………………..
 IMIĘ I NAZWISKO

…….………………………………….
 ADRES
…………………………………….

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że:

 Wskazuję osobę świadczącą usługi w ramach przyznanej mi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi w ramach opieki wytchnieniowej :

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

Telefon:

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

Wskazana osoba :

* Nie jest członkiem mojej rodziny, nie zamieszkuje razem ze mną
* Posiada niezbędne kwalifikacje w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej lub co najmniej 6-cio miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

 ………………………………………………..
 CZYTELNY PODPIS