**Dodatkowe informacje do Karty zgłoszenia
do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2023**

Ja, niżej podpisana/y wskażę osobę, która posiada niżej wymienione kwalifikacje i będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:

 **tak**

 **nie**

Usługi opieki wytchnieniowej w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię powiatu, mogą świadczyć:

* 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) lub
* osoby posiadające, 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 itp. Posiadanie doświadczenia, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

 Miejscowość ………………………………., data ……………………………

 ................................................................................

(Podpis osoby opiekuna prawnego lub
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)