Załącznik do ogłoszenia

****

**Informacja dotycząca osoby wskazanej przez osobę niepełnosprawną/opiekuna prawnego do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko:

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

2. Adres:

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

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

**II. Dane osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

1. Imię i nazwisko:

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

2. Adres zamieszkania/ numer telefonu:

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

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

3. Wykształcenie/Kwalifikacje\*:

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

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

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

4. Doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym\*

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

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług opieki wytchnieniowej zgodnie z założeniami programu.

………………………………

Miejscowość, data

…………………………..…………………………

podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego

**\*należy dołączyć dokumenty potwierdzające**

Załączniki do niniejszej informacji:

Załącznik nr 1 – zgoda na przetwarzanie danych wskazanej osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej

Załącznik nr 2 – potwierdzenie zapoznania się osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej z klauzulą informacyjną Ministerstwa