

 ***Załącznik nr 4 do Regulaminu***  *realizacji Programu
 „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023
 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie*

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Ja niżej podpisany/podpisana ……………………………………………oświadczam, iż do pełnienia roli opiekuna w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023
osoby, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę

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

………………………………………………………………………………………………….
Imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

**wskazuje panią/pana**

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

 Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że:

1) wskazany opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej wobec wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi będą świadczone;
2) wskazany opiekun nie jest członkiem rodziny, w szczególności: rodzicem i dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, babcią/dziadkiem, teściem/teściową, macochą/ojczymem, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje faktycznie z wyżej wymienioną osobą, na rzecz

której usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone.

3) wskazany opiekun spełnia wymagania programu dotyczące realizacji usługi opieki wytchnieniowej.

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

…………….………………………………………………………………

 (Podpis uczestnika Programu- członka rodziny/opiekuna
osoby niepełnosprawnej)

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ**

ul. Wojska Polskiego 5a/12

11-700 Mrągowo