



**Karta zgłoszeniowa KANDYDATA na opiekuna do programu
„Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024**

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

nr telefonu:

adres e - mail:

KWALIFIKACJE

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję TAK lub NIE poprzez wstawienie znaku “X” w odpowiednią kratkę):

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych:

TAK NIE

2. Korzystam z pełni praw publicznych:

TAK NIE

3. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usług opieki wytchnieniowej nad osobą niepełnosprawną:

TAK NIE

Dołączam:

A/ dokumenty poświadczające wykształcenie, ukończone kursy (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje, w szczególności dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta.

B/ dokumenty poświadczające minimum 6 - miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie).

Uwaga! Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w części B, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Kandydata)