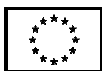




Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 5a do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

.....

.....

.....

Dane Wnioskodawcy

Oświadczenie uczestnika Projektu - „Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie- ZIT

Oświadczam, że:

☐ Wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko:

Telefon:

Email:

W/wymieniona osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem nieformalnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
- Jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej

☐ Nie wybieram osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

.....

Podpis opiekuna nieformalnego



Załącznik nr 5b do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

Miejscowość, data

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania opiekuna nieformalnego
osoby z niepełnosprawnością)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością Panią/Panem/Dzieckiem*

.....,

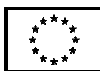
która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

2. Oświadczam, że jestem/nie jestem* aktywna zawodowo i moja aktywność nie stoi na przeszkodzie sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną.

.....

(podpis opiekuna nieformalnego
osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić



***Załącznik nr 5c do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”***

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Projektu „Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie- ZIT

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna nieformalnego osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi opiekunowi nieformalnego przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: **dziennej**.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco



Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: opiekuna nieformalnego osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie
dziennej wynosi godzin;

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach
Projektu „Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w
codziennym funkcjonowaniu”.

6.

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

7. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach
Projektu „Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w
codziennym funkcjonowaniu”.

8.

.....
Data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością