*Załącznik nr 4 do Regulaminu Programu*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023*

………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane osoby świadczącej usługi

**ZGODA OSOBY ŚWIADZCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

☐ **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na świadczenie usług opieki wytchnieniowej dla:

Imię i nazwisko opiekuna ………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej ………………………………………………………..

Oświadczam że :

* nie jest członkiem rodziny, nie jest opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem z osobą niepełnosprawną,
* jestem przygotowana do realizacji usług opieki wytchnieniowej,
* zapoznałem się z programem ,, Opieka wytchnieniowa’’ – edycja 2023 oraz Regulaminem,
* spełniam warunek określone w ust. VII pkt 1 i 2 . Programu, na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty :

……………………………………………………………………………….…………..

…………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| Podpis |

\* niepotrzebne skreślić

☐ W związku z zawartą umową w roku 2022 z PCPR Wejherowo na świadczenie usług w Programie ,, Opieka wytchnieniowa’’ – edycja 2022, proszę o wydanie zaświadczenia dot. realizacji usług asystenckich.

……………………………………………………………………………..

Podpis