Piaseczno, dnia

Imię i nazwisko Uczestnika

Adres zamieszkania

Dane kontaktowe

OŚWIADCZENIA DOT. REALIZACJI PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024 W POWIECIE PIASECZYŃSKIM

1. **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

Oświadczam, iż *(proszę zaznaczyć właściwe):*

nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.

wskazuję osobę, świadczącą usługi opieki wytcheniowej:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Dane kontaktowe (e-mail, telefon): …………………………………………………………………………………….…

i wyrażam zgodę na realizację przez ww. osobę usług opieki wytchnieniowej wobec mojego dziecka/przysposobionego *………………………………………………….………. (imię i nazwisko dziecka).*

Wskazuję preferowane dni i godziny świadczenia usług opieki wytchnieniowej: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Jestem świadomy/a, iż nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
2. Jestem świadomy/a, że limit godzin usług opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach wszystkich programów Ministra w zakresie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego wynosi 240 godzin. Zobowiązuje się do poinformowania realizatora Programu – Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Piasecznie – o zakwalifikowaniu do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 u innego realizatora.

| Podpis |
| --- |

1. **OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Podejmuję się realizacji usług opieki wytchnieniowej wobec ww. osoby i akceptuję proponowane warunki współpracy z uczestnikiem. Za godzinę realizacji usług opieki wytchnieniowej proponuję kwotę …………………………. zł brutto łącznie z kosztami pracodawcy.

| Podpis |
| --- |