



**Karta zgłoszeniowa kandydata na opiekuna wytchnieniowego do
Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie Konstancin-Jeziorna**

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

- ☐ posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
☐ korzystam z pełni praw publicznych,
☐ posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usług opieki wytchnieniowej nad osobą z niepełnosprawnością,

Dołączam:

- ☐ dokumenty poświadczające posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym,
☐ dokumenty poświadczające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie).

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (załącznik Nr 11 do Programu)

Powyższe oświadczenia składam pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej za ich prawdziwość (art 233 § 1 Kodeksu Karnego)

Miejscowość i data

Podpis kandydata.....