

INFORMACJA DOTYCZĄCA WSKAZANIA OSOBY

Osoba objęta usługą opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko

Osoba wskazana do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

1) Imię i nazwisko osoby wskazywanej i numer telefonu:

2) Posiadane kwalifikacje:

☐ dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/ pielęgniarka lub inny, zapewniający realizację usługi opieki wytchnieniowej;

☐ co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym

3) Proszę podać datę od kiedy wskazana osoba rozpocznie pracę opiekuna

Dokumenty dodatkowe:

☐ Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych do ZUS

☐ Dokument potwierdzający kwalifikacje lub doświadczenie

Podpis osoby objętej usługą OW/rodzica/opiekuna prawnego/osoby wnioskującej*

Data i podpis osoby przyjmującej dokumenty