

Dane teleadresowe:

.....
.....
.....
.....

DEKLARACJA GOTOWOŚCI DO REALIZACJI ZAJĘĆ Z ZAKRESU OPIEKI WYTCHEMNIOWEJ DLA
NIEPEŁNOSPRAWNYCH MIESZKAŃCÓW **POWIATU NIŻAŃSKIEGO** PROWADZONYCH PRZEZ
STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „POPROWADŹ MNIE PRZEZ ŚWIAT”

W RUDNIKU NAD SANEM

Ja, niżej podpisana/y.....

Deklaruję gotowość realizacji zajęć z zakresu opieki wytchnieniowej:

w wymiarze:

.....

(podać deklarowaną liczbę godzin)

w ramach resortowego programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”
– edycja 2023, dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanego przez
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „Poprowadź Mnie przez Świat” w Rudniku nad
Sanem.

1. Zapoznałam/em się z ogłoszeniem dotyczącym naboru pracowników do projektu
„Prowadzenie opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w 2023 roku dla

**Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023,
dofinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**



niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Nizańskiego” w zakresie prowadzenia zajęć opiekuńczych.

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o:
 - możliwości zmiany ram czasowych i ilości realizowanych przeze mnie godzin w zależności od potrzeb indywidualnych osoby niepełnosprawnej i jej opiekuna, po wcześniejszym uzgodnieniu z koordynatorem projektu;
 - obowiązku prowadzenia dokumentacji, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami obowiązującymi w stowarzyszeniu;
 - terminie realizacji zadania, tj.: od 11 kwietnia do 31 grudnia 2023 r.
 - obowiązku miesięcznego rozliczania zrealizowanych w ramach programu godzin;
 - wysokości proponowanego wynagrodzenia za godzinę zrealizowanych zajęć, wynikających z realizacji programu, tj.: 37,50,00 zł brutto, za 1 osobę niepełnosprawną, 60,00 zł brutto za 2 i więcej osób niepełnosprawnych, nad którymi będzie sprawowana opieka w tym samym czasie przez 1 opiekuna;
3. Pisemnym obowiązku złożenia rezygnacji z realizacji zajęć w ramach projektu „**Prowadzenie opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w 2023 roku dla niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Nizańskiego**”.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu „**Prowadzenie opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w 2023 roku dla niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Nizańskiego**”.
5. Oświadczam, iż zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis