

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego
Pana/Pani - Uczestnika
korzystającego z usługi opieki wytchnieniowej
w Ośrodku Wsparcia dla Osób z Niepełnosprawnością „Benjamin”**

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/a o wysokim ryzyku zakażenia koronawirusem oraz o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu zakażenia, w przypadku zachorowania mojego podopiecznego..
2. Mam świadomość zagrożenia, które niesie ze sobą zakażenie koronawirusem lub/i zachorowanie na COVID -19 i zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich procedur obowiązujących w Zespole Ośrodków Wsparcia w Lublinie oraz ośrodka „Benjamin” z zakresu zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2.
3. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego podopiecznego i mojej termometrem bezdotykowym.
4. Oświadczam, że nic mi nie wiadomo, aby mój podopieczny w ciągu ostatnich dziesięciu dniach miał kontakt z osobą zakażoną wirusem COVID-19. Jednocześnie oświadczam, że nikt z członków najbliższej rodziny mojego podopiecznego oraz jego otoczenia nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby (kaszel, katar, podwyższona temperatura, bóle mięśni, utrata smaku lub węchu). O każdej zmianie w/w sytuacji natychmiast powiadomię kierownika lub innego pracownika ośrodka.
5. Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania obowiązujących w placówce procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania mojego podopiecznego z ośrodka w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce – w porozumieniu z właściwą stacją sanitarno-epidemiologiczną.
6. Zobowiązuję się do poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej mojego podopiecznego oraz osób w jego najbliższym

otoczeniu i rodzinie, w szczególności odnośnie podejrzenia lub stwierdzenia zakażeniem wirusem Covid-19.

7. Mam świadomość, że przestrzeganie wytycznych zawartych w procedurach, w rekomendacjach i zaleceniach Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia zmniejsza, ale nie eliminuje ryzyka zakażenia koronawirusem i zachorowania na COVID-19 przez mojego podopiecznego, członków rodziny oraz inne osoby, które miały z nim kontakt.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej