



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta

osobistego Pani/Pan

Imię i nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu osoby wskazanej

.....
spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej, tj.:

- 1) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta (*)
lub
- 2) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (*)

(Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę.)

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

(Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez członka rodziny należy rozumieć wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.)

(*) niepotrzebne skreślić

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego