Ujsoły, dn.………………………………..

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie

usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023:

………………………………

………………………………

………………………………

 (imię i nazwisko, adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego uczestnika dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – edycja 2023r.**

 Zgodnie z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, co następuje:

Ja, …………………………………………………………………… uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika wskazuje Panią/Pana…………………………………………………..Zam……………………………………………………………………………………. tel: ……………………………………………………………, e-mail: …………………………………………………………………………………

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach w/w Programu.

**Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023”:**

**☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej***[[1]](#footnote-1))***, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub**

**☐ co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.**

*Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w podpunkcie 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym[[2]](#footnote-2).*

**\* odpowiedni kwadrat zakreślić**

Załączam również niezbędne zaświadczenia i dokumenty potwierdzające kwalifikacje ww. osoby.

*Jednocześnie oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem rodziny i nie zamieszkuje razem ze mną oraz jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej. Za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.*

……………………….………., dnia .................... .........................................................…

 (podpis czytelny)

1. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)