

....., 2024 r.
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

1. Oświadczam, że wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu kandydat na mojego asystenta/ asystenta mojego dziecka/ podopiecznego

Pan/Pani.....
imię i nazwisko osoby wskazanej

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

.....

- nie jest członkiem mojej rodziny,
- nie jest członkiem rodziny mojego dziecka/ podopiecznego,
- nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem¹,
- posiada/ nie posiada² dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta,
- posiada/ nie posiada³ co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka⁴ usług asystencji osobistej,

¹ właściwe zakreślić

² właściwe zakreślić

³ właściwe zakreślić

⁴ właściwe zakreślić

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....

podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego