



**„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”-edycja 2023r.
Program dofinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

miejsce i data

(adres zamieszkania,nr.telefonu)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan, numer telefonu..... nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Wskazana osoba na asystenta posiada dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach np.: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

- 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej¹⁾, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
- 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub
- 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym².

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).

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.

Nie wskazuję asystenta.

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

W trakcie realizacji (godzin) usług asystencji osobistej nie będę miał/a świadczonych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. Z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) , inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.

.....

(podpis Uczestnika Programu/Opiekuna Prawnego)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 , poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam czytelnym podpisem.

.....

(data oraz podpis Uczestnika Programu/Opiekuna Prawnego)