

....., 2024 r.
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

Ja, nizej podpisana/y oświadczam, że wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu kandydat na mojego asystenta/ asystenta mojego dziecka/ podopiecznego ¹

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

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

.....

- jest/ nie² jest członkiem mojej rodziny, zgodnie z kryteriami Programu³,

*jeśli jest, należy wskazać stopień pokrewieństwa:.....

- jest/ nie⁴ jest członkiem rodziny mojego małżonka, zgodnie z kryteriami Programu,

*jeśli jest, należy wskazać stopień pokrewieństwa:.....

- jest/ nie⁵ jest członkiem rodziny mojego dziecka/ podopiecznego zgodnie z kryteriami programu,

*jeśli jest, należy wskazać stopień pokrewieństwa:

- jest/ nie jest moim opiekunem prawnym/ opiekunem oprawnym mojego dziecka/ podopiecznego⁶,

- faktycznie zamieszkuje ze mną/ nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem⁷,

¹ właściwe zakreślić

² właściwe zakreślić

³ **Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem**

⁴ właściwe zakreślić

⁵ właściwe zakreślić

⁶ właściwe zakreślić

⁷ właściwe zakreślić

- posiada/ nie posiada⁸ 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 posiada⁹ co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
- jest/ nie jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka¹⁰ usług asystencji osobistej.

.....

podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

⁸ właściwe zakreślić

⁹ właściwe zakreślić

¹⁰ właściwe zakreślić