

WSKAZANIE ASYSTENTA

PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025

Ja, niżej podpisany/a

wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta:

Adres:

Telefon:

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent spełnia jeden z niżej wymienionych warunków:

☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: Asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub

☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu oraz jest w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny¹, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

¹ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia².

Miejscowość, data

.....

(czytelny podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)

Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby niepełnosprawnej:

.....

(data i czytelny podpis Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

² art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”