

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” – EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej
4. **Do realizacji usług asystencji wskazuję Pana/Panią**

.....
Imię i nazwisko

.....
Dane kontaktowe wskazanego asystenta: adres zamieszkania/nr telefonu/adres e-mail

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

- ☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;
- ☐ posiada dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta
- ☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
- ☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie zamieszkuje razem ze mną/z uczestnikiem Programu.

☐ **Nie wskazuję asystenta.**

Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego