



....., ..... 2024 r.  
miejscowość, 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 dzieckiem<sup>1</sup>,
- posiada/ nie posiada<sup>2</sup> 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 posiada<sup>3</sup> 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 dziecka<sup>4</sup> usług asystencji osobistej,

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

.....  
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

<sup>1</sup> właściwe zakreślić

<sup>2</sup> właściwe zakreślić

<sup>3</sup> właściwe zakreślić

<sup>4</sup> właściwe zakreślić