

Oświadczenie Uczestnika Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”— edycja 2024

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

E-mail:

II. Oświadczenia:

☐ Oświadczam, że wskazują do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego Panią/a:

Imię i Nazwisko asystenta:.....

Adres zamieszkania:

Telefon:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi asystencji osobistej posiada:

☐ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub

☐ posiada co najmniej 6 miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym

☐ Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej

☐ Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności akceptuję wskazaną osobę jako asystenta osobistego mojego dziecka

☐ Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym *

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

☐ Nie wskazuję asystenta.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowośćdata

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)