……………………………... Reda, dnia……………………r.

*Imię i nazwisko uczestnika Programu*

……………………………...

*Adres*

………………………………

………………………………

*Wiek uczestnika Programu*

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany wskazuję Pana/Panią ………………………………………………, PESEL:……………….. zamieszkałego/zamieszkałą przy ul …………………………………. w……………………………………... nie będącą członkiem mojej rodziny ani inną osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym do świadczenia usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Jednocześnie oświadczam, iż wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany/a do realizacji usług asystencji osobistej oraz Posiada[[1]](#footnote-1):

1. dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[[2]](#footnote-2)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
2. posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

……………………………………………

*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*

1. Właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-2)