

PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023
WSKAZANIE ASYSTENTA

Ja, niżej podpisany/a
wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 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 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 (w załączeniu kserokopia zlecenia w formie umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę),

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.
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 niepełnosprawnej)

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⁾ 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”