

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Gaszowice,.....

.....
(Imię i nazwisko odbiorcy/czyni programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

mojego

lub

osoby, dla której jestem opiekunem prawnym (*imię i nazwisko*:.....):

Imię i nazwisko asystenta/ki:

Telefon:.....

E-mail:

.....
(podpis odbiorcy programu /opiekuna prawnego)

.....
W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia
ustnego: podpis osoby przyjmującej deklarację

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Oświadczenie wskazanego asystenta

Ja, wyżej wymieniony/a Nr PESEL

Zamieszkała/y.....

oświadczam, że:

1. **Nie jestem opiekunem prawnym, członkiem rodziny oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z odbiorcą 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).
2. Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji:
 - nie posiadam,
 - asystent osoby niepełnosprawnej¹⁾,
 - opiekun osoby starszej,
 - opiekun medyczny,
 - pedagog,
 - psycholog,
 - terapeuta zajęciowy,
 - pielęgniarka,
 - fizjoterapeuta,
 - posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
3. Oświadczam iż nie byłam(em) skazana(y) za przestępstwa popełnione umyślnie i nie figuruję, jako osoba skazana w Krajowym Rejestrze Karnym.
4. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” dobrowolnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym „Oświadczeniu wskazanego asystenta” są prawdziwe.

Gaszowice, dnia

.....
(oświadczenie wskazanego asystenta)

¹⁾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).