



....., 2023 r.
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko
osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na¹:

- mojego osobistego asystenta,
- asystenta mojego podopiecznego.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością
- asystenta mojego dziecka:.....
imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią.....
imię i nazwisko asystenta

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny², nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem,

- wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 tj.

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

b) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp;

¹ zaznaczyć właściwe

² Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojcyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Ośrodek Pomocy Społecznej
w Myszyńcu

Plac Wolności 60, 07-430 Myszyniec

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

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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