Jasienica, dnia ………………

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

Oświadczam, że:

[ ]  Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny (wstępny, zstępny, małżonek, rodzeństwo, teściowie, zięcia, synową, macocha, ojczym), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną, także nie jest osobą pozostającą w stosunku przysposobienia
* spełnia jeden z warunków:

- posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta

lub

- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu

[ ] Nie wybieram asystenta.

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |