

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

DEKLARACJA

uczestnika Programu lub opiekuna prawnego uczestnika dotycząca wyboru osoby mającej świadczyć usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – edycja 2023r.

Ja,

uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika wskazuje

Panią/Pana.....

Zam.....

tel:, e-mail:

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach w/w Programu.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023”:

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

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

* odpowiedni kwadrat zakreślić

Jednocześnie oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem rodziny i nie zamieszkuje razem ze mną oraz jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej. Za członków rodziny uważa należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

....., dnia

.....

(podpis czytelny)