



## OŚWIADCZENIE

### uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 dotyczące wskazania asystenta osobistego:

Ja niżej podpisany (a) :

Imię i nazwisko.....

telefon.....

zamieszkały(a).....

### **Pouczony(a) o odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam:**

- 1) W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług asystenckich:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E- mail:

.....

- 2) Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent nie jest członkiem rodziny<sup>1</sup> osoby niepełnosprawnej, która ubiega się o usługi asystenckie.

- 3) Oświadczam<sup>2</sup>, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej, to jest: posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na przynajmniej jednym z niżej wskazanych kierunków: asystent osoby niepełnosprawnej<sup>3</sup>,

---

<sup>1</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

<sup>2</sup> W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie, pisemnej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługę asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.

<sup>3</sup> 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. 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).



opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta **lub** posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie<sup>4</sup> w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić

---

<sup>4</sup> Posiadanie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem np. przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne, ale również umowy o pracę.