**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że wskazuję do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego Panią/Pana:

Imię i Nazwisko asystenta:……………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………….

Telefon: …………………………………………..……….

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi asystencji osobistej posiada:

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

**☐** posiada co najmniej 6 miesięczne udokumentowane doświadczenie  
w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej

**☐** Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem  
o niepełnosprawności akceptuję wskazaną osobę jako asystenta osobistego mojego dziecka

**☐** Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \*

\* Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

**☐** Nie wskazuję asystenta.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)