

Mrągowo, dnia .....

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o usługi asystencji osobistej

.....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego .....

Nr tel. ....

### **O Ś W I A D C Z E N I E**

**w sprawie wskazania asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością  
do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2024**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 r. , wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....E-mail:.....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba posiada

1. dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarz, fizjoterapeuta;- TAK / NIE \*
2. osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu, pomocy sąsiedzkiej;- TAK/NIE \*
3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny (Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem). TAK / NIE \*
4. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie zamieszkuje razem ze mną / z uczestnikiem Programu. -TAK / NIE \*

.....  
Podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić