



Kędzierzyn-Koźle, dnia.....r.

.....

Imię i nazwisko uczestnika Programu

ul.....

47-..... Kędzierzyn-Koźle

Tel

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany wskazuję Pana/Panią, PESEL:
..... zamieszkałego/zamieszkałą przy ul,
w, nr telefonu..... nie będącą członkiem
mojej rodziny ani inną osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym do
świadczenia usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Jednocześnie oświadczam, iż wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany/a do
realizacji usług asystencji osobistej, co oznacza, że posiada udokumentowane kwalifikacje
w jednym z następujących kierunków: 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 niepełnosprawnościami, np. doświadczenie
zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.

W przypadku, gdy usługi asystenckie osobistej będą świadczone na rzecz dzieci
z niepełnosprawnością do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności
łącznie ze wskazaniem w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności- konieczności stałej
i długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną
możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień
opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, w odniesieniu do osoby,
która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także: zaświadczenie



o niekaralności, oraz pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica dziecka lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

Do oświadczenie dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego