Załącznik nr 2 do Regulaminu

**WSKAZANIE ASYSTENTA**

**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

**DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

Ja, niżej podpisany/a ......................................................................................................................

wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta: .............................................................................….….............................

Adres: ......................................................................................................................................….......

Telefon: ..............................................................................................................................................

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent spełnia jeden z niżej wymienionych warunków:

☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: 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 z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu oraz jest w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny[[1]](#footnote-1), opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia[[2]](#footnote-2).

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

.............................................................................................................

(czytelny podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)

**Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby niepełnosprawnej:**

……………………………………………………………..………….

(data i czytelny podpis Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” [↑](#footnote-ref-2)