

....., dnia

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Nr tel.

O Ś W I A D C Z E N I E

o wskazaniu asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Oświadczam, że :

na asystenta wskazuję Pana / Panią

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

Nr tel., adres 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, pielęgniarka, 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;- TAK/NIE *
3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2002r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111) 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