Załącznik nr 3 do Regulaminu

**WSKAZANIE ASYSTENTA**

Ja, niżej podpisana ……………………………………………………..……………………..   
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 ………………………………….………………………o nr PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania asystenta…..………………………………………………………………

nr telefonu ……………………………………………………………………………………....

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej / posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta/ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu   
(nie potrzebne skreślić).

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny[[2]](#footnote-2), opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia[[3]](#footnote-3).

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. Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)
3. 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 od6 miesięcy do lat 8” [↑](#footnote-ref-3)