



**Oświadczenie uczestnika  
Programu Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2023r.**

Ja niżej podpisany/podpisana .....,  
zamieszkały/a .....

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Do realizacji usług asystencji:

**Wskazuję osobę do świadczenia usług asystenckich:**

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu .....

**Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:**

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie/podopiecznego usług asystencji osobistej;
- posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, 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 wskazuję asystenta.**

**Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość ....., data .....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)