Załącznik nr 3

do Regulaminu rekrutacji i realizacji

Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 w Gminie Pieniężno

Oświadczenie dotyczące wyboru asystenta

Ja niżej podpisany/podpisana ……………………………………………………………….. oświadczam,

iż do pełnienia roli asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wobec mojej osoby/osoby przeze mnie zgłoszonej\* do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Pani/Pana

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

wyznaczam Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………………………………..

dane kontaktowe nr tel. ………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że:

1) wskazany asystent posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;

2) wskazany asystent nie jest członkiem rodziny, w szczególności: rodzicem i dzieckiem, małżonkiem, rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, babcią, dziadkiem, teściem, teściową, macochą, ojczymem, opiekunek prawnym oraz nie zamieszkuje faktycznie z wyżej wymienioną osobą, na rzecz której usługi asystencji osobistej będą świadczone a także nie są osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Miejscowość ………………………………………..

data ……………………………………

………………………………………………………………………………

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić