**Załącznik nr 2** do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

**WSKAZANIE ASYSTENTA**

**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – EDYCJA 2025**

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

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..…………………

**Oświadczam, że:**

1. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

2.Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

3. Do realizacji usługi asystencji

☐ **Wskazuję:**

Imię i Nazwisko ..………………………………………………….………………………………………………………….

Numer telefonu …………………………………………………………..……………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

 ☐ **nie jest członkiem mojej rodziny** (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, teściem, macochą, ojczymem , pasierbem, pasierbicą, zięciem, synową ), nie jest także moim opiekunem prawnym, osobą pozostającą ze mną we wspólnym pożyciu, ani osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

 ☐ **nie zamieszkuje ze mną**

 ☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej , opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu , w innym zawodzie i specjalności o charakterze medycznym lub opiekuńczym

lub

 ☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.[[1]](#footnote-1)

lub

 ☐ została wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

☐ **Nie wskazuję opiekuna.**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)[[2]](#footnote-2)**

Gierałtowice, data …………………. ……………………..…………………………………………………

 *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

1. posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być także osoba fizyczna, która zleciła udzielania bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. [↑](#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)