



Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem 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) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412); opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym (**do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu**), lub

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, (**do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie**), lub

jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, aby świadczyć usługę asystencji osobistej na rzecz osoby z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, nad którą będę sprawował asystenturę. (Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że znana jest mi treść Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszeniowej do programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość, data

.....

(Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)