



## Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

### 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 (**do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu**),

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**),

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 lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojcyma 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 2024 (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 2024.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 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 .....2024 r.

.....

(Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)