Załącznik nr 5 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie  
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Radom, dnia ………………………

……………………………………………

(imię i nazwisko uczestnika Programu)

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że **wskazany przeze mnie asystent** Pan/Pani ……………………………………

*(imię i nazwisko)*

zamieszkały(-a) …………………………………………tel.……….………………………..…

**spełnia/nie spełnia warunki Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

**– edycja 2023 [[1]](#footnote-1)**

i **jest przygotowany/-a do realizacji wobec mnie/mojego dziecka/podopiecznego usług asystencji osobistej.**

……………………………………………………………….

*(data i podpis uczestnika/rodzica/opiekuna prawnego)*

1. Usługi asystenta mogą świadczyć:

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

   . [↑](#footnote-ref-1)