**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

**WSKAZANIE ASYSTENTA**

Ja, niżej podpisana/-y ………………………………………………………wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………….

Ja, niżej podpisana/-y …………………………………………………….., jako opiekun prawny ……………………………………… wskazuję na asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie / mojego podopiecznego / syna / córki usług asystencji osobistej, to znaczy posiada**:

 Dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub

 Co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane\* doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom
z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.

**Ponadto oświadczam, że**

1. Wskazany asystent nie jest członkiem mojej rodziny1), nie jest moim opiekunem prawnym, faktycznie nie zamieszkuje ze mną.
2. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia2).

……………………………………………………………

*Data i podpis uczestnika Programu / opiekuna prawneg*