

Łowicz, dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika Programu / opiekuna prawnego/rodzica dziecka

.....  
Adres zamieszkania  
.....

### OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania opiekuna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

**Oświadczam, że:**

**nie wskazuję** asystenta

**na asystenta wskazuję:**

.....  
.....  
(Imię i Nazwisko, telefon)

Ponadto oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem **ze mną**/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem,

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

- akceptuję osobę asystenta udzielającego wsparcia asystencji osobistej **mojemu dziecku:**

.....  
Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu **kontroli i monitorowania** świadczonych usług asystenckich.

.....  
Podpis uczestnika Programu

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**

## Informacja

Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć **osoby niebędące** członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:

- 1) posiadające 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
- 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu
- 3) **wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego** (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

**Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.**

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w **pkt 7 i 8** w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest **także:**

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.