

Piecki, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Oświadczam, że:

**Wybieram asystenta.**

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej , opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

**Nie wybieram asystenta.**

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

---

Podpis uczestnika Programu/opiekuna  
prawnego uczestnika Programu