Załącznik nr 1 do Regulaminu

Lipsko, dnia ……………………………..

………………………………………………

( imię i nazwisko uczestnika Programu)

……………………………………………..

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

[ ]  Wybieram asystenta.

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

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

☐ oświadczam, że ww. wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, ( za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

[ ]  Nie wybieram asystenta.

☐ Jednocześnie oświadczam, wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany/-a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.1

…………………………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna

prawnego uczestnika Programu

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika:
2. posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
3. posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub
4. wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym[[2]](#footnote-2).

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)