



**Karta zgłoszenia Asystenta**  
**Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Należy wypełnić czytelnie – DRUKOWANYMI LITERAMI

**I. Dane Asystenta:**

Imię i nazwisko Asystenta: ..... Nazwisko rodowe: .....  
Imię ojca ..... Imię matki .....  
Data i miejsce urodzenia: ..... PESEL .....  
Adres zamieszkania: .....  
Telefon: ..... e-mail: .....

**II. Należy zaznaczyć i załączyć właściwe:**

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie minimum jednej z kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta (należy załączyć kserokopię dyplomu).

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe lub/i udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (należy załączyć zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje od osoby prawnej lub fizycznej).

jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu/opiekuna prawnego i posiadam dokument potwierdzający kwalifikacje i/lub co najmniej 6-miesięczne doświadczenie (należy załączyć kserokopię dyplomu i/lub zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje od osoby prawnej lub fizycznej).

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że ..... (wpisać „wyrażam” lub „nie wyrażam”) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu i załącznikach dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023/zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781/).

Miejscowość.....,data.....  
(czytelny podpis Asystenta)

2. Oświadczam, że: ..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) członkiem rodziny uczestnika (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 Programu),  
..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) opiekunem prawnym,  
..... (wpisać „zamieszkuję” lub „nie zamieszkuję”) razem z osobą niepełnosprawną, której będę asystentem.

Miejscowość.....,data.....  
(czytelny podpis Asystenta)

3. Oświadczam, że ..... (wpisać „zapoznałem/łam się” lub „nie zapoznałem/łam się”) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 oraz Zakresem Czynności Asystenta w Programie.

Miejscowość.....,data.....  
.....  
(czytelny podpis Asystenta)

4. Oświadczam, że ..... (wpisać „posiadam” lub „nie posiadam”) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania należy załączyć kserokopię orzeczenia oraz zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności asystenta osoby niepełnosprawnej).

Miejscowość.....,data.....  
.....  
(czytelny podpis Asystenta)

5. Oświadczam, że ..... (wpisać „posiadam pełną” lub „posiadam częściową” lub „nie posiadam”) zdolność do czynności prawnych.

Miejscowość.....,data.....  
.....  
(czytelny podpis Asystenta)