



**Oświadczenie Asystenta Osoby z Niepełnosprawnością w ramach usług asystencji osobistej do  
Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja  
2025**

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

posiadam 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 (należy załączyć kserokopię dyplomu), lub zgodę Realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym.

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami 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 (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

**II. 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, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, rodzeństwo, zięcia, synową, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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)