

Oświadczenie Asystenta w ramach Grantu „Premia społeczna” – usługa asystencka dla innych osób niż osoby z niepełnosprawnościami

I. Oświadczenia:

Oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta (należy załączyć kserokopię dyplomu).

Miejscowość.....,data.....

.....
(czytelny podpis Asystenta)

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)

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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Grantu), (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) opiekunem prawnym, (wpisać „zamieszkuję” lub „nie zamieszkuję”) razem z uczestnikiem grantu, której będę asystentem.

Miejscowość.....,data.....

.....
(czytelny podpis Asystenta)

Oświadczam, że (wpisać „zapoznałem/łam się” lub „nie zapoznałem/łam się”) z treścią Grantu „Premia społeczna”

Miejscowość.....,data.....

.....
(czytelny podpis Asystenta)

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)

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

Miejscowość.....,data.....

.....
(czytelny podpis Asystenta)