**Zał. 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie
 „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Powiatowego
- edycja 2025 ze środków Funduszu Solidarnościowego**

**Wskazanie asystenta****do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a ..................................................................................................................................................................................................
wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2025 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta: .............................................................................….…, adres asystenta ………………………………………………….. Telefon do asystenta: .....................................................................................................
Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent spełnia jeden z niżej wymienionych warunków:

☐ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta

☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (w załączeniu kserokopia zlecenia w formie umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę),

oraz jest w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny1), opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia2).

Koszalin, data ...........................................2025r.

………………………….........................................................................................
(czytelny podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby z niepełnosprawnością:

……………………………………………………………..……………………………………………………….

(data i czytelny podpis asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

1) Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

2) art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.