Michałowo, dnia …................

**Karta zgłoszenia ASYSTENTA**

**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

I. Dane kandydata na ASYSTENTA:

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

Data urodzenia: ………………………………..……………

Adres zamieszkania: ………………………….……………

Telefon: …………………………………………......………..

E-mail: …………………………………………….......……....

Posiadane uprawnienia i umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

Informacje na temat doświadczenia w opiece nad osobami z niepełnosprawnością:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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

Dodatkowe informacje (ewentualny czas pracy, prawo jazdy,):

*………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………*

*Oświadczenia:*

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu naboru, uczestnictwa i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 finansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

…………………………………………

Czytelny podpis Kandydata

Michałowo, dnia …................

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

(imię i nazwisko)

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

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

(adres)

**Oświadczenie**

**Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością**

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny\* uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub jego opiekuna prawnego Pani/Pana

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

zam. ……………………………………………………………………………………………..

oraz, że nie zamieszkuję razem z uczestnikiem Programu/ opiekunem prawnym uczestnika.

*(\* Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.)*

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia[[1]](#footnote-1).

*………………………… ………………………………………………………*

*data czytelny podpis Kandydata*

1. Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. [↑](#footnote-ref-1)