



## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) .....

imię i nazwisko uczestnika programu lub opiekuna prawnego

oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent

..... jest przygotowany do realizacji wobec

imię i nazwisko asystenta

mnie usług asystencji osobistej w programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” edycja 2023, posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej<sup>1</sup>, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Oświadczam również, że w/w asystent nie jest członkiem mojej rodziny.<sup>2</sup>

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

**Źródłem finansowania Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 są środki z Funduszu Solidarnościowego.**

<sup>1</sup>) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

<sup>2</sup> Na potrzeby programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” edycja 2023, 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 oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.