



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



AOOzN/...../2025, data wpływu:.....

Karta zgłoszenia asystenta w Programie

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

I. Dane Asystenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: ,PESEL.....

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Należy zaznaczyć i załączyć właściwe dokumenty:

jestem osobą wskazaną przez - uczestnika
Programu /imię i nazwisko uczestnika/

jestem osobą wskazaną przez - opiekuna
/imię i nazwisko opiekuna/

prawnego/rodzica sprawującego nad
/imię i nazwisko uczestnika/

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w jednym z zawodów specjalnościach: asystent osoby niepełnoprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym (**należy załączyć kserokopię dyplomu**).

Posiadam udokumentowane minimum 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, tj. doświadczenie zawodowe, udzielania wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (**należy załączyć zaświadczenie pracodawcy bądź oświadczenie podpisane przez osobę z niepełnosprawnością, której udzielane było wsparcie**).

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2025 (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. 178).
2. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na świadczenie usług asystenckich dla Pana/Panią**
.....
3. Oświadczam, że:
 - Jestem*/nie jestem* członkiem rodziny uczestnika (należy zaznaczyć).
(za członka rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnego 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*/nie jestem* opiekunem prawnym uczestnika (należy zaznaczyć).
 - Zamieszkuje*/nie zamieszkuje* z uczestnikiem (należy zaznaczyć).
4. Oświadczam, że:
Posiadam*/nie posiadam* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu.....
o numerze lub równoważne. Jeżeli tak proszę o załączenie kserokopii orzeczenia oraz zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do pracy jako asystent, wydane nie później niż 30 dni przed złożeniem wniosku.
5. Oświadczam, że:
Zapoznałem*/-am* się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2025 oraz z zakresem czynności asystenta

Miejscowość , data

(Podpis asystenta)