. Brzesko, dnia …………...............

Imię i nazwisko……………………………………………………….

Adres zamieszkania ………………………………………………………..

Imię i nazwisko opiekuna prawnego ………………………………………………………..

Nr tel. ……………………………………………

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**o wskazaniu asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

Oświadczam, że :

 na asystenta wskazuję Pana / Panią

………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………………………………………………………..

Adres

………………………………………………………………………………………..

Nr tel., adres e-mail

Oświadczam, ze wskazana przeze mnie osoba posiada

1. dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;- TAK / NIE \*
2. osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu;- TAK/NIE \*
3. Oświadczam, ze wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2002r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111) TAK / NIE \*
4. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie zamieszkuje razem ze mną / z uczestnikiem Programu. -TAK / NIE \*

…………………………………………………………

Podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić