



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

---

Załącznik do Karty zgłoszenia

.....  
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....  
Adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 o wskazaniu asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością**

Ja niżej podpisana/podpisany wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta: .....

Adres: .....

Telefon: .....

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

2. Wskazana przeze mnie osoba spełnia przynajmniej jeden z wymienionych warunków:
- 1) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta,
  - 2) posiada co najmniej 6 – miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością).

**Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

*Zgodnie z 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”.*

Miejscowość ..... data .....

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu