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

 (miejsce i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

.................................................................

(ulica)

.................................................................

(kod pocztowy, miejscowość)

**DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnościami w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2025, realizowanego przez Fundację NieOdkładalni na podstawie umowy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej ja niżej podpisany/a wskazuję wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego: (wypełnić drukowanymi literami)

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

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………

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

Jednocześnie oświadczam, że wskazany asystent spełnia wymagania w zakresie :

1. posiadania dokumentu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta

lub

2. posiadania co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (np. referencje, umowa, zaświadczenie)

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny\*

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

……………………………………………………………………………………

(podpis uczestnika Programu /Opiekuna prawnego)

\*za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma

oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem projektu