……………….……………….., …………… .

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko*

 *osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że **wskazuję na\*:**

* mojego osobistego asystenta,
* asystenta mojego podopiecznego……………………………………..………………….………..,

 *imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*

* asystenta mojego dziecka:………………………………………………………………..…………,

*imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością*

**Pana/Panią……………….……………………………………………………………………………………,**

 ***imię i nazwisko asystenta***

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

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

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny\*\*, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

2. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia\*\*\*

3. jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka**\*** usług asystencji osobistej.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |

\*zaznaczyć właściwe

\*\*Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu

\*\*\*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

Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej

 „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024

Finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika:
2. posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
3. posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub
4. wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym[[2]](#footnote-2).

1. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika 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.
2. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 3 pkt 3. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje gmina/powiat lub inny podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu, z uwzględnieniem postanowień ust. 3 pkt 1 lub 2.
3. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:
	1. zaświadczenie o niekaralności;
	2. informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
	3. pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
1. ) 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). [↑](#footnote-ref-1)
2. Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę. [↑](#footnote-ref-2)