**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące wskazania asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z**

**niepełnosprawnością ” – edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/-a …………………………………………………………………………………………………..…..,

wskazuję następującą osobę do pełnienia funkcji asystenta:

Imię i nazwisko asystenta: …………………………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………..……………………………….

Telefon: ……………………………………………….

**Ponadto – pouczony/-a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny[[1]](#footnote-1) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawy – oświadczam, że** wskazany przeze mnie opiekun**:**

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym i nie zamieszkuje razem ze mną[[2]](#footnote-2);
* jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej;
* posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
* posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Miejscowość i data: podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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

1. Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych, zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu oraz osobę pozostającą w stosunku przysposobienia   
   z uczestnikiem. [↑](#footnote-ref-2)