**Karta zgłoszenia do Programu - Asystent**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021**

*Prosimy wypełnić czytelnie - drukowanymi literami* …………………………..  
 pieczęć wpływu do PCPR

**I. Dane Asystenta:**

Imię i nazwisko Asystenta: ………………………………… Nazwisko rodowe: …………………….…..

Imię ojca …………………………………… Imię matki ……………………………………

Data i miejsce urodzenia: …………………………………………. PESEL ………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Należy zakreślić i załączyć właściwe:**

□ posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby

niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny (należy załączyć kserokopię dyplomu).

□ posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy

osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe lub/i udzielanie wsparcia osobom

niepełnosprawnych w formie wolontariatu (należy załączyć zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy

wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje).

□ jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu/opiekuna prawnego i posiadam minimum jedno

z powyższych (należy załączyć kserokopię dyplomu lub/i załączyć zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy

wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje).

□ posiadam zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności asystenta[[2]](#footnote-2))

(należy załączyć zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności asystenta).

**III. Oświadczenia:**

**1. Oświadczam**, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu i załącznikach dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych  
(Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość ………………………, data ……………………….. ………………………………………………….  
 (czytelny podpis Asystenta)

**2. Oświadczam**, że nie jestem członkiem rodziny, nie jestem opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuję  
razem z osobą niepełnosprawną, której będę asystentem.

Miejscowość ………………………, data ……………………….. ………………………………………………….  
 (czytelny podpis Asystenta)

**3. Oświadczam**, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość ………………………, data ……………………….. ………………………………………………….  
 (czytelny podpis Asystenta)

**4. Oświadczam**, że wyrażam zgodę na weryfikację mojej osoby w rejestrze sprawców przestępstw  
na tle seksualnym.

Miejscowość ………………………, data ……………………….. ………………………………………………….  
 (czytelny podpis Asystenta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Potwierdzam uprawnienie do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.*

*………………………………………………………………   
(data i czytelny podpis osoby weryfikującej zgłoszenie)*

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

Kwota dofinansowania: 760 645,31 zł

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 pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)
2. ) zaświadczenie wymagane jest w przypadku, gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dziecka do 16 roku życia  
   z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku   
   ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. [↑](#footnote-ref-2)