

(Imię i nazwisko uczestnika projektu/ opiekuna prawnego)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej 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-miesięcznego, udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (np. referencje, umowa)

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej 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 projektu /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