……..
(Imię i nazwisko Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

…….
(adres zamieszkania)

…….
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UDOKUMENTOWANEGO DOŚWIADCZENIA W REALIZACJI USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w projekcie „Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego" realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na realizację zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: kierunek pomocy 2. Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych**,** typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)**,** zadanie 13) świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej,

ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Na potwierdzenie posiadania doświadczenia załączam referencje / umowę lub inny dokument wskazujący spełnienie ww. warunku.

……

(czytelny podpis Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)