



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 niepełnosprawnej¹⁾, 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 niepełnosprawnym 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 asystenta²⁾ (należy załączyć zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności asystenta).

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).

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.



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)