………………………………………… ……….…………………...

Imię i Nazwisko Świnoujście, dnia

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej w ramach   
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, iż:

1. do pełnienia usługi asystencji osobistej wskazuję osobę:

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

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

Numer telefonu: …...................................................................................................................................

Adres e- mail: ….....................................................................................................................................;

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;
2. wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi programu „Asystent osobisty osoby   
   z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 tj.

a) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub

b) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie   
w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami   
w formie wolontariatu; lub

c) wskazana jest w Karcie zgłoszenia do Programu.

1. zobowiązuję się do poinformowania Gminy Miasto Świnoujście o zmniejszeniu liczby godzin usługi asystencji osobistej.

...………………………………………………….

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
lub rodzica

**\*właściwe zaznaczyć**