………………………………………… ……….…………………...

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 niepełnosprawnej” – edycja 2023 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 niepełnosprawnej” – edycja 2023 tj.
3. posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta\*

 lub

1. posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.\*
2. zobowiązuję się do poinformowania Gminy Miasto Świnoujście o zmniejszeniu liczby godzin usługi asystencji osobistej.

 ...………………………………………………….

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
lub rodzica

**\*właściwe zaznaczyć**