



**Karta zgłoszenia Asystenta**  
**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**Należy wypełnić czytelnie – DRUKOWANYMI LITERAMI**

**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 zaznaczyć i załączyć właściwe:**

jestem osobą wskazaną przez ..... - uczestnika Programu  
/imię i nazwisko uczestnika/

jestem osobą wskazaną przez ..... - opiekuna prawnego/rodzica  
/imię i nazwisko opiekuna/  
sprawującego opiekę nad .....  
/imię i nazwisko uczestnika/

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w następujących w minimum jednym z zawodów i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym (należy załączyć kserokopię dyplomu).

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, tj.: doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (należy załączyć zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje od osoby prawnej lub fizycznej wraz z kserokopią orzeczenia o niepełnosprawności osoby, której udzielane było wsparcie).



**III. Oświadczenia:**

1. **Oświadczam, że**..... (wpisać „wyrażam” lub „nie wyrażam”) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu i załącznikach dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 /zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178)/.

Miejscowość ....., data .....  
(czytelny podpis Asystenta)

2. **Oświadczam, że:**  
..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) członkiem rodziny uczestnika (za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem),  
..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) opiekunem prawnym uczestnika,  
..... (wpisać „zamieszkuję” lub „nie zamieszkuję”) razem z uczestnikiem.

Miejscowość ....., data .....  
(czytelny podpis Asystenta)

3. **Oświadczam, że** ..... (wpisać „zapoznałem/łam się” lub „nie zapoznałem/łam się”) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Zakresem Czynności Asystenta.

Miejscowość ....., data .....  
(czytelny podpis Asystenta)

4. **Oświadczam, że** ..... (wpisać „posiadam” lub „nie posiadam”) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoznaczne (w przypadku posiadania należy załączyć kserokopię orzeczenia oraz zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności asystenta osoby z niepełnosprawnościami – nie starsze niż 1 miesiąc).

Miejscowość ....., data .....  
(czytelny podpis Asystenta)

5. **Oświadczam, że** ..... (wpisać „posiadam pełną” lub „posiadam częściową” lub „nie posiadam”) zdolność do czynności prawnych.

Miejscowość ....., data .....  
(czytelny podpis Asystenta)