



Jelenia Góra, dnia

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, deklaruję udział w zadaniu realizowanym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami dla Organizacji Pozarządowych” – edycja 2026, oświadczam, że niniejszym wskazuję osobę, którą wyznaczam na stanowisko mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko asystenta:

Wiek:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Oświadczam jednocześnie, że wskazana przeze mnie osoba:

1. Nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym ani osobą zamieszkującą ze mną.

(Do członków rodziny zalicza się: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyzna oraz osoby wspólnie zamieszkujące w gospodarstwie domowym uczestnika Programu.)

☐ TAK ☐ NIE

2. Spełnia jeden z wymienionych poniżej warunków:



a) Posiada odpowiednie kwalifikacje potwierdzone dokumentem w zakresie:
asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,
pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka lub fizjoterapeuta.

(Dołączam kopię dokumentu potwierdzającego kwalifikacje)

☐ TAK ☐ NIE

b) Posiada co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w
udzielaniu bezpośredniego wsparcia osobom z niepełnosprawnościami, np. w pracy
zawodowej lub w ramach wolontariatu.

(Dołączam oświadczenie lub dokument potwierdzający doświadczenie)

☐ TAK ☐ NIE

.....

(data i podpis uczestnika Programu)