

**Karta zgłoszenia Asystenta**  
**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**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 /imię i nazwisko opiekuna/

sprawującego opiekę nad .....  
/imię i nazwisko uczestnika/

oraz

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji 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 (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).

Miejscowość ....., data .....

.....  
(czytelny podpis Asystenta)