Brzozów, ………………………

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/ a w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej edycja 2023, proponuję na mojego asystenta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam, że proponowana przeze mnie osoba nie jest moim członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną. Osoba ta spełnia wymagania programowe\*.

……………………………………………………………

podpis Uczestnika Programu/ opiekuna

\* - posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;

- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu