

Karta zgłoszenia AOON

Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

E-mail:

1)

Informacje o posiadanych kwalifikacjach (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

1. dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej¹⁾, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub
2. udokumentowane co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu lub
3. jestem kandydatem wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.

¹⁾Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym².

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Zasady przetwarzania danych osobowych znajdują się pod adresem:

<http://bip.zawadzkie.pl/1317/461/zasady-przetwarzania-danych-osobowych-w-ops-w-zawadzkiem.html>

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Miejscowość, data

.....
(Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią
(imię i nazwisko kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na rzecz mojej osoby.

.....
(Podpis osoby niepełnosprawnej)

² Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę.