

Karta zgłoszenia AOOzN

**Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025**

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

E-mail:

Informacje o posiadanych kwalifikacjach (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

- dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach : asystent osoby niepełnosprawnej¹⁾, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu²⁾, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
- udokumentowane co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia

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, z 2021 r. poz. 2285 oraz z 2022 r. poz. 853) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

²⁾Przez „realizatora Programu” należy rozumieć gminę/powiat lub inny podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu



osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu lub

3. jestem kandydatem wskazanym przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie)

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna, (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.

Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

Usługi

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu 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 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Miejscowość, data

.....
(Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

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

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na rzecz mojej osoby.

.....
(Podpis osoby z niepełnosprawnością)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



OŚRODEK
POMOCY
SPOŁECZNEJ
W ZAWADZKIEM

Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego