Karta zgłoszenia AOOzN

Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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):

1. ☐ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach : asystent osoby niepełnosprawnej[1)], opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu[2)], w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
2. ☐ udokumentowane co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu lub
3. ☐ jestem kandydatem wskazanym przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie)

[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

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.

W przypadku wskazania przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego kandydata na asystenta - oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna prawnego o przygotowaniu kandydata do świadczenia usług asystencji osobistej.

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 2026 (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-danychosobowych-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 2026.

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)