



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**Karta zgłoszeniowa kandydata na asystenta osoby z niepełnosprawnością do
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie Jeziora Wielkie**

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie usługi asystencji osobistej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

- ☐ posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- ☐ korzystam z pełni praw publicznych,
- ☐ posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usług asystencji osobistej nad osobą z niepełnosprawnością,

Dołączam:

- ☐ dokumenty poświadczające posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta, zapewniającym realizację usługi asystencji osobistej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje),
- ☐ dokumenty poświadczające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie).

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym ogłoszeniu 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).
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (załącznik Nr 15 do Programu)

Powyższe oświadczenia składałem/pouczona o odpowiedzialności karnej za ich prawdziwość (art 233 § 1 Kodeksu Karnego)

Miejscowość i data

Podpis kandydata.....