**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**miejscowość, data

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko** |  |
| **ulica i numer domu** |  |
| **kod pocztowy, miejscowość** |  |

**DEKLARACJA WYBORU OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI**

W związku z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie „Nie jesteś sam(a)” oświadczam, że **samodzielnie wskazuję osobę, która będzie świadczyć usługi asystenckie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko** |  |
| **adres zamieszkania** |  |
| **telefon** |  |

Jednocześnie oświadczam, że:

- wyżej wskazana osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie usługi **asystenckiej,**

- wyżej wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny (członek rodziny to: rodzice i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadki, teściowie, macocha, ojczym oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem/uczestniczką projektu).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
podpis uczestnika/uczestniczki projektu   
lub przedstawiciela ustawowego

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**miejscowość, data

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko** |  |
| **ulica i numer domu** |  |
| **kod pocztowy, miejscowość** |  |

**Oświadczenie osoby wskazanej do świadczenia usługi asystenckiej**

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych Realizatorom projektu.

Wyrażam wolę zawarcia:

[ ] umowy o pracę

[ ] umowy zlecenia

[ ] umowy zlecenia w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej (usługi świadczyć będę osobiście).

Spełniam następujący wymóg kwalifikacyjny:

[ ] posiadam kwalifikacje w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby, starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta, lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym

lub

[ ] posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu

lub

[ ] jestem asystentem wskazanym przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w ankiecie zgłoszeniowej do udziału w projekcie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
podpis osoby wskazanej do świadczenia   
usługi opiekuńczej