**Wniosek o zatrudnienie na stanowisku asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO ASYSTENTA**  |  |
|  1.  | **nr PESEL**  |   |
|  2.  | **Telefon**  |  |
|  3.  | **E-mail**  |   |
| 4.   |  **Adres zamieszkania**(miejscowość, ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy, poczta**)** |   |
| 5.  | **Imię i nazwisko uczestnika** **Programu**(osoby z niepełnosprawnością na rzecz której mają być świadczone usługi)  | ............................................................................................  pełnoletnia osoba z niepełnosprawnością  dziecko z niepełnosprawnością do 16 roku życia  (W przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dziecka z niepełnosprawnością do 16 roku życia wymagane jest:  - Zaświadczenie o niekaralności - Formularz dla celów uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle seksualnym)  |
|   6.  | **Kwalifikacje** (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK do wniosku należy przedłożyć kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje)  |  Posiadam kwalifikacje w następujących kierunkach:  TAK NIE  asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)  opiekun osoby starszej  opiekun medyczny  pedagog psycholog  terapeuta zajęciowy  pielęgniarka siostra PCK  fizjoterapeuta |
|   7.  | **Doświadczenie** (w przypadku posiadania udokumentowanego doświadczenia należy załączyć do wniosku pisemne oświadczenie podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami).[[2]](#footnote-2)  | **□** posiadam co najmniej 6 miesięczne, udokumentowane doświadczeniew udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.  | **□** nie posiadam 6 miesięcznego udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami |

Miejscowość …………......................, data ……………….

……………………………….

 (Czytelny podpis kandydata na asystenta )

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 późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)