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

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia  *(W przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dziecka z niepełnosprawnością od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 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 zawodach i specjalnościach :**  **TAK NIE**  asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)  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 |
|  7.  | **Doświadczenie** (w przypadku posiadania udokumentowanego doświadczenia należy załączyć do wniosku pisemne oświadczenie podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami).3 | **□** 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 )

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

3 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.

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). [↑](#footnote-ref-1)