**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 doświadczenie  w 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)