

**Oświadczenie kandydata na Asystenta Osobistego / Asystentkę Osobistą  
do wniosku Osoby z Niepełnosprawnością o usługi asystencji osobistej**

Imię i nazwisko kandydata: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji: .....

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

Adres e-mail: .....

Oferuję usługi asystencji osobistej dla:.....  
(imię i nazwisko z niepełnosprawnością)

1. Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, dla której oferuję usługi asystencji osobistej (uwaga: na potrzeby Programu za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem);
2. Oświadczam, że nie jestem opiekunem prawnym osoby, dla której oferuję usługi asystencji osobistej;
3. Oświadczam, że faktycznie nie zamieszkuję z osobą, dla której oferuję usługi asystencji osobistej;
4. W przypadku, gdy asystencja osobista będzie świadczona na rzecz dziecka do ukończenia 16. roku życia oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o niekaralności, informację o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz pisemną akceptację ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka celem zawarcia umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni;
5. Posiadam kwalifikacje zawodowe w jednym z zawodów i specjalności: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta i załączam kopię dokumentu potwierdzającego kwalifikacje:

tak

nie

6. Posiadam co najmniej 6-o miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu i załączam kopie dokumentów potwierdzających:

tak

nie

7. Spełniam warunki niezbędne do należytego wykonania usługi, mam doświadczenie, wiedzę i umiejętności konieczne do wykonania zlecenia;

8. Oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się i akceptuję Regulamin naboru Uczestników Programu i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2024 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni;

9. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych:

tak

nie

10. Posiadam indywidualne lub grupowe ubezpieczenie OC w związku z prowadzoną działalnością zawodową, które obejmie także świadczenie usług asystencji osobistej dla osoby z niepełnosprawnością, dla której te usługi oferuję:

tak

nie

11. Posiadam zdolności i uprawnienia do kierowania pojazdem (min. prawo jazdy kategorii B)

tak

nie

12. Wykonuję usługi asystencji osobistej:

wyłącznie dla osoby z niepełnosprawnością, dla której niniejszym oferuję te usługi,

także dla innych osób równolegle, w osobnych godzinach, na podstawie odrębnych umów.

13. Niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany) poinformuję pisemnie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonych przeze mnie oświadczeń oraz o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w załącznikach;

14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni, w celu rozpatrzenia mojej aplikacji na stanowisko Asystenta Osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

15. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane zawarte w Oświadczeniu kandydata na Asystenta Osobistego / Asystentkę Osobistą do wniosku Osoby z Niepełnosprawnością o usługi asystencji osobistej, są zgodne ze stanem faktycznym.

16. Załączam:

Klauzulę informacyjną RODO (Ministra)

Klauzulę informacyjną RODO (PCPR w Bochni)

Miejscowość.....data.....

.....  
Podpis kandydata / kandydatki na Asystenta Osobistego / Asystentkę Osobistą Osoby z Niepełnosprawnością