

Załącznik nr 2

do Regulaminu naboru Uczestników Programu MRPiPS
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026
oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni w 2026 r.

**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 Uczestnika / Uczestniczki uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem Programu / Uczestniczką Programu);
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 od ukończenia 2. roku życia 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 oraz oświadczenie wynikające ze Standardów ochrony małoletnich w PCPR w Bochni celem zawarcia umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni o usługi asystencji osobistej.
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 dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji innych niż wyżej określone w zawodzie i specjalności o charakterze medycznym lub opiekuńczym, tj. (wpisać nazwę kwalifikacji lub wpisać „nie dotyczy”):
.....
.....
7. 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 to doświadczenie:

☐ tak

☐ nie

8. Spełniam warunki niezbędne do należytego wykonania usługi, mam doświadczenie, wiedzę i umiejętności konieczne do wykonania zlecenia;
9. Moja sprawność psychofizyczna umożliwia mi wykonywanie usług asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami.
10. Oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się i w pełni akceptuję Regulamin naboru Uczestników Programu MRPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni w 2026 r.
11. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych:
- ☐ tak
- ☐ nie
12. Posiadam zdolności i uprawnienia do kierowania pojazdem (prawo jazdy kategorii B):
- ☐ tak
- ☐ nie
13. 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.
14. Niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany) poinformuję pisemnie PCPR w Bochni o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonych przeze mnie oświadczeń oraz o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w załącznikach;
15. 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 MRPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO;
16. 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 2025 r. poz. 383) - 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;
17. Załączam zgodę rodziców/ opiekunów i oświadczenie wynikające ze Standardów ochrony małoletnich (w przypadku deklaracji świadczenia usług dla osoby małoletniej).

Miejscowość.....data.....

.....
Czytelny podpis kandydata / kandydatki
na Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością