

OSOBA WNIOSKUJĄCA O OBJĘCIE USŁUGĄ ASYSTENTA (AOON 2023)

Imię i nazwisko

Czy osoba objęta usługą/ rodzic/opiekun prawny chce wskazać osobę pełniącą usługę asystenta osoby niepełnosprawnej?

Tak ☐

Nie ☐

Jeśli zaznaczono TAK proszę podać:

1) Imię i nazwisko osoby wskazywanej oraz numer kontaktowy telefonu:

2) Proszę podać datę od kiedy wskazana osoba może rozpocząć pracę asystenta osoby niepełnosprawnej (realizacja – podpisanie umowy cywilnoprawnej nastąpi nie wcześniej niż podpisanie umowy Gminy Miejskiej Legionowo z Wojewodą Mazowieckim):

3) Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny¹ uczestnika:

- 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej², opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
- 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub
- 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.

4) Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym³.

1 Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

2 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).

3 Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub

Dokumenty dodatkowe po zakwalifikowaniu do programu:

1. Udokumentowanie kwalifikacji lub posiadanego doświadczenia.
2. Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych do ZUS dla asystenta.
3. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:
 - 1) zaświadczenie o niekaralności;
 - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
 - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie/podopiecznego usług asystencji osobistej.

Podpis osoby objętej usługą AOON/rodzica/opiekuna prawnego/osoby wnioskującej

Data i podpis osoby przyjmującej dokumenty