**Załącznik Nr 3**

**do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „****ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

**Oświadczenie osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie obowiązany jest do przeprowadzania doraźnych kontroli i monitorowania świadczenia tych usług. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
2. Zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie <<Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej>> – edycja 2023”, a także zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 dostępna jest na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie pod adresem [www.mops.kutno.pl](http://www.mops.kutno.pl) w zakładce - Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023.
4. Zostałem/am poinformowany/a, iż w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące wsparcie analogiczne do świadczonego w ramach Programu, finansowane ze środków publicznych.
5. Na asystenta wskazuję Pana/Panią:

........................................................................................................................,

(imię i nazwisko wskazanej osoby)

 tel. .......................................................................................................

1. Osoba wskazana w pkt 5:
2. nie jest członkiem mojej rodziny (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);
3. spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:
4. posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta\*;
5. posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu\*.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że:
7. z chwilą zakwalifikowania mnie do udziału w Programie, osoba wskazana w pkt 5 niniejszego oświadczenia zobowiązana jest do dostarczenia do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie dokumentów na potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w pkt 6 ppkt 2;
8. posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 6 ppkt 2 lit. b, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć nie tylko umowy cywilnoprawne, ale również umowy o pracę.

Kutno, dnia ……….........……….

.………………………………………

(podpis uczestnika Programu

/opiekuna prawnego)

…………………………………………………............

(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\* niepotrzebne skreślić