



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) <input type="checkbox"/> pełnoletnia osoba z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> dziecko z niepełnosprawnością od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia <i>(W przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dziecka z niepełnosprawnością od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia wymagane jest:</i> <i>- Zaświadczenie o niekaralności</i> <i>- Formularz dla celów uzyskania informacji z Rejestru Sprawców</i> <i>Przestępstw na Tle seksualnym)</i>
6.	Kwalifikacje (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK do wniosku należy przedłożyć kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje)	Posiadam kwalifikacje w następujących zawodach i specjalnościach : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej ¹ <input type="checkbox"/> opiekun osoby starszej <input type="checkbox"/> opiekun medyczny

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).



		<input type="checkbox"/> pedagog <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> terapeuta zajęciowy <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> siostra PCK <input type="checkbox"/> fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu ² , 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	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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.