



Projekt „Akademia Pracy”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## **Załącznik nr 2. do Regulaminu Projektu „Akademia Pracy”**

### **ZASADY PRYZNAWANIA ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

#### §1.

W celu likwidacji barier dostępu osób niepełnosprawnych do projektu „Akademia Pracy”, Realizator Projektu umożliwi skorzystanie z pomocy Asystenta osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej Asystentem.

#### §2.

Każdy niepełnosprawny uczestnik/czka projektu, posiadający/a orzeczenie o niepełnosprawności, może wnioskować o przyznanie Asystenta.

#### §3.

Przyznanie Asystenta następuje na podstawie złożenia wypełnionego wzoru **Wniosku o przyznanie asystenta osoby niepełnosprawnej** oraz wypisanego i potwierdzonego przez lekarza wzoru **Oświadczenia Lekarskiego**.

#### §4.

Opieka Asystenta przysługuje na czas otrzymywanego wsparcia w ramach projektu.

#### §5.

Asystenta wskazuje osoba niepełnosprawna, a w razie braku możliwości wskazania takiej osoby, asystenta wskaże Specjalista w Punkcie Konsultacyjnym lub Realizator Projektu.

#### §6.

Asystent zostanie zatrudniony na podstawie umowy cywilno-prawnej zawartej pomiędzy Realizatorem Projektu a Asystentem.

#### §7.

Szczegółowe warunki wynagrodzenia określi umowa zawarta pomiędzy Realizatorem Projektu a Asystentem.



## WNIOSEK O PRYZNANIE ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja, .....  
(imię i nazwisko)

Posiadająca/cy orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: lekkim, umiarkowanym, znacznym<sup>1</sup>, wnioskuję o  
(zaznacz właściwe):

przyznanie asystenta osoby niepełnosprawnej na czas otrzymywanego wsparcia w ramach projektu. Na stanowisko asystenta wskazuję osobę, której dane zamieszczam poniżej:

DANE ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	

przyznanie asystenta osoby niepełnosprawnej przez Specjalistę w Punkcie Konsultacyjnym lub Realizatora projektu.

Do wniosku załączam oświadczenie lekarskie.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić



Projekt „Akademia Pracy”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Pan/Pani ..... jest uczestnikiem/czką projektu „Akademia pracy”, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W ramach projektu przewiduje się różne formy wsparcia (zajęcia wyjazdowe oraz w Punkcie Konsultacyjnym). Oświadczenie wydaje się na potrzeby projektu w celu przyznania asystenta osoby niepełnosprawnej.

.....  
Realizator Projektu

.....  
(pieczęćka przychodni )

.....  
(miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Oświadcza się, że Pan/Pani:

.....  
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a w:

.....  
(miejsowość)

Posiadający/a orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: .....

.....  
(stopień niepełnosprawności i rodzaj schorzenia)

Opinia lekarza:

**Stwierdzam konieczność przyznania asystenta osoby niepełnosprawnej na czas realizacji wsparcia w ramach projektu „Akademia Pracy”**

.....  
(podpis i pieczęćka lekarza)