**Imię i nazwisko ……………………………………………………….**

**Adres zamieszkania …………………………………………………….**

**Nr telefonu ………………………………………………………………..**

**Adres email ………………………………………………………………..**

**Do Zarządu Stowarzyszenia  
 Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym  
 „Krok za krokiem” w Zamościu**

**Podanie o zawarcie umowy cywilnoprawnej w zakresie: opiekun osoby   
z niepełnosprawnością**

Zwracam się z prośbą o zatrudnienie mnie poprzez zawarcie umowy cywilnoprawnej w zakresie: opiekun osoby z niepełnosprawnością w ramach resortowego Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.

* Posiadam następujące wykształcenie/doświadczenie praktyczne w zakresie świadczenia opieki nad osobą z niepełnosprawnością: (proszę opisać jakie)……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Posiadam inne istotne z punktu widzenia zakresu obowiązków kwalifikacje (np. kursy) i umiejętności (proszę opisać jakie)……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
  
………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jestem zatrudniony w innych placówkach/projektach (proszę podać wymiar zatrudnienia): ………………………………………………………………………………………………………

* Jestem zainteresowany przyjęciem zlecenia na (podać ilość godzin/miesiąc):……………..
* Jestem dyspozycyjny w następujących dniach (podać konkretne dni wraz   
  z godzinowym przedziałem czasowym)………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

* Moją motywację do podjęcia tego rodzaju pracy jest: …………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….……………………………………………………….  
  
………………………………………………………………………………………………………………………………….

* W jakiej odległości mieszkam od uczestnika projektu:………………………………………………

Oświadczam że,

* Znam treść Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych
* Posiadam znajomość zasad Programu „Opieka Wytchnieniowa dla Członków Rodzin lub Opiekunów Osób z Niepełnosprawnościami” – edycja 2025
* Nie byłem karany z powodu przestępstw na tle seksualnym oraz przemocy
* Jestem świadomy obciążeń fizycznych, psychicznych i odpowiedzialności za zdrowie   
  i życie osoby ode mnie zależnej
* Jestem świadomy, że w przypadku swojej choroby zakaźnej lub nawet jej podejrzeń ani w przypadku, gdy ktoś z moich domowników choruje/jest w izolacji nie mogę w tym czasie świadczyć usług asystenta.
* Zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania zasad reżimu sanitarnego.
* Jestem świadomy, że wykonywanie zlecenia oraz przedstawione karty czasu pracy   
  i rachunki będą poddane kontroli przez zleceniodawcę.

…………………………………………………………………

( podpis osoby wypełniającej podanie )

Załączniki:  
(Do podania można dołączyć CV, kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie i kwalifikacje, rekomendacje itp.)