……………………………………………………

(Imię i nazwisko)

…………………………………………………..

…………………………………………………..

(Adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że:

[ ]  Wskazuję asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko asystenta ………………………………………………………………………………………………

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

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

Jednocześnie świadom /a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
* jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

[ ] Nie wybieram asystenta.

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

(miejscowość, data) (Podpis uczestnika Programu/

 opiekuna prawnego uczestnika Programu)

Jestem świadom/a, że:

- usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu,

- na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznaje się: rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu,

- w godzinach realizacji usług asystenta 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 analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;

- realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich,

- uczestnik Programu za usługi asystencji osobistej nie ponosi odpłatności.

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

(miejscowość, data) (Podpis uczestnika Programu/

 opiekuna prawnego uczestnika Programu)