

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

1. Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan

(imię, nazwisko i numer telefonu asystenta) **nie jest członkiem mojej rodziny*, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.**

(*za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

2. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż:

W godzinach 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 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie (jak te objęte niniejszym Programem), finansowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mojej osoby usług asystencji osobistej.

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022.

.....
(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)