*Załącznik do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*

**Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023
– finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

**Oświadczenie uczestnika Programu**

Ja niżej podpisany/a ................................................................................................................, zamieszkały/a ...........................................................................................................................
**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

2. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu
Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Do realizacji usług asystencji wskazuję:

Imię i Nazwisko………………...................................................................................................,

Numer telefonu..........................................................................................................................

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

a) nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną\*;

b) jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.
5. Jestem świadomy/a, że 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 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa
w rozdz. IV ust. 9 Programu, finansowane z innych źródeł.

6. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli
i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość .............................., data .......................................................................

..................................................................................
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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