



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 finansowaniu 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 pouczone/-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, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.