



Zadanie publiczne jest współfinansowane za środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra.

Złotoryja, dnia

.....
(Imię i nazwisko uczestnika programu/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
- Oświadczam, że nie wskazuję asystenta,
 Oświadczam, że wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko, nr telefonu

Jednocześnie oświadczam, że:

- wyżej wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej,
 - wskazany przeze mnie asystent nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)
- Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będę korzystał/a z innych form usług opiekuńczych lub specjalistycznych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 901) oraz innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie (tj. zajęć organizowanych przez placówki pobytu dziennego m. in. WTZ i ŚDŚ) finansowane ze środków publicznych.

.....
(data i podpis uczestnika / opiekuna prawnego)