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

 Imię i nazwisko Uczestnika Programu Miejscowość, data

………………………………………………………….

 Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

 **„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024
O WSKAZANIU ASYSTENTA**

 Oświadczam, że wskazuję na asystenta:  ……………………………………………………………………………………………

 Imię i nazwisko asystenta

Nr telefonu, ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

* Nie jest członkiem mojej rodziny, zgodnie z zapisami Programu;
* Nie jest opiekunem prawnym;
* Nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego ze mną gospodarstwa domowego;
* Posiada odpowiednie przygotowanie do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy, 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 (t.j.: Dz. U. z 2021 r. ,poz. 2268 z późn. zm.) , inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

 **………………………………………………………………...**

 Czytelny podpis osoby

 składającej oświadczenie/opiekuna prawnego