Grodzisk Mazowiecki , dnia ………………………2024r.

………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

Oświadczam, że:

Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie

zamieszkuje razem ze mną,

* jest przygotowana do realizacji wobec mnie/mojego dziecka/podopiecznego usług asystencji osobistej

Nie wybieram asystenta.

Jestem świadomy/świadoma, 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 2023 r. poz. 901, ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

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

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |