

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO-
EDYCJA 2025**

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 2024 r. poz. 1283, ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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