



Oświadczenie uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego

Ja nizej podpisany/podpisana.....
zamieszkały/a

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego w gminie Kołaki Kościelne.
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. Jestem świadomy/świadoma, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej 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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
6. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Wskazuję asystenta:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, teściową, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

nie zamieszkuje ze mną;

Nie wskazuję asystenta.

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)