Rzezawa...…………… 2024 r.

*data*

…………………………………………….………

*imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/opiekuna ustawowego*

.........................................................................

.........................................................................

*adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na \* :

* 🞎 mojego osobistego asystenta,
* 🞎 asystenta osoby, której jestem opiekunem prawnym *(zwanej dalej „podopiecznym”)*

.....................................................................................................................................................,

*imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*

* 🞎 asystenta mojego dziecka:………………………………………………………………..…………,

*imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością*

Pana/Panią………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko asystenta,dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail)*

* Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest opiekunem prawnym/ustawowym: □ moim □ mojego podopiecznego □ mojego dziecka \*

- nie zamieszkuje razem: □ ze mną □ moim podopiecznym □ moim dzieckiem \*

- nie jest członkiem rodziny: □ mojej □ mojego podopiecznego □ mojego dziecka \**(na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).*

- jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej: □ wobec mnie □ mojego podopiecznego

□ mojego dziecka \*

* Jestem osobą samotnie gospodarującą i nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

*(dot. osoby z niepełnosprawnością)*

🞎 TAK 🞎 NIE \*

* Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej w miejscu realizacji usług *(dot. osoby z niepełnosprawnością)*

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |

\**zaznaczyć właściwe*