……………….……………….., …………… 2023 r.

*miejscowość, data*

…………………………………………….………

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

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

*adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

1. Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta nie będą świadczone wobec mnie / mojego podopiecznego/ mojego dziecka[[1]](#footnote-1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.

2. Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam[[2]](#footnote-2) z w/w form wsparcia (jeśli tak, proszę wymienić jakie i w jakim wymiarze godzinowym):

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że nie wskazuję/ wskazuję na[[3]](#footnote-3):

* mojego osobistego asystenta,
* asystenta mojego podopiecznego…………………………..………………………..….… ,

*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): ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem[[4]](#footnote-4),

- posiada/ nie posiada[[5]](#footnote-5) dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,

- posiada/ nie posiada[[6]](#footnote-6) co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,

- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka[[7]](#footnote-7) usług asystencji osobistej,

5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

1. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-3)
4. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-7)