



Urszulin, dnia

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika Programu)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,

oświadczam, że:

Wybieram asystenta osobistego

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

Telefon:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. Za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem;
- jest przygotowany/a do realizacji usług asystencji osobistej;

Nie wybieram asystenta osobistego.

Jestem świadomy/a, 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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. 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/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.



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

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu, tj. Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Urszulinie o każdej zmianie mającej wpływ na korzystanie z przyznanych usług asystencji osobistej, a jeśli to będzie wymagane - do złożenia stosownego oświadczenia na piśmie.

.....
Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie/opiekuna prawnego