Załącznik nr 4 do Regulaminu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

......................................................... (miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)
.......................................................................

(adres zamieszkania)

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

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**dotyczące wskazania asystenta osobistego**

***I. Ja niżej podpisany, oświadczam co następuje:***

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.

2. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

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

4. 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 (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 12 Programu, finansowane ze środków publicznych.

5. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich w miejscu ich realizacji.

 ***II. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:***

Imię, nazwisko i adres asystenta: .....................................................................................................................................

Telefon, asystenta: …..............................................................................................................................................

**Wnoszę o realizację usług asystenta na poziomie …………........ godzin rocznie.**

1. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną (zgodnie z Programem).

- jest przygotowany/a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,

- jest osobą zaufaną,

- jest osobą odpowiedzialną,

- nie jest zobowiązany/a przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem do sprawowania opieki nade mną
2. Zobowiązuję się do każdorazowego potwierdzania realizacji godzin pracy w dniu realizacji usługi przez ww. osobę – asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością - wykonywania umowy zlecenia zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym. Powyższe będzie potwierdzane na Karcie realizacji usług asystenta, stanowiącego załącznik do umowy zlecenia zawartej ze wskazanym asystentem, w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –

edycja 2024.

Oświadczam, że jestem świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………………………………………………………
(czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego/pełnomocnika)