**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”** **DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – edycja 2025**

Wyszków, dnia ……………………………………………..

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/podpisany .................................................................... oświadczam, że:

1) korzystam/nie korzystam\* z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez …...............................................

2) jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej 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 2024 r. poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 8, finansowane ze środków publicznych;

3)☐na asystenta wskazuję: (imię i nazwisko, telefon, e-mail): …………………………………………………………………………………………………...………………………………..……………………………………………………………………………………………………...……………………..........………………………………………………………………………………………………………………….…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wskazana osoba nie jest : członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny 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), opiekunem prawnym uczestnika i nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem.

☐ nie wskazuję asystenta

Miejscowość..................................... data........................

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

(Podpis uczestnika Programu/Opiekuna prawnego/Dziecka)