

Kolbuszowa, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022

Oświadczam, że:

**Wybieram asystenta.**

Imię i nazwisko asystenta: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznaje się: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu),
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

**Nie wybieram asystenta.**

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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

---

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu

