 

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

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

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU**

**1.** Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością Pani/Pan................................................................................................................................................... (imię, nazwisko i numer telefonu asystenta) **nie jest członkiem mojej rodziny**\***, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.**

(\*na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)**.**

**2.** Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż:

**W godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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 2024 r. poz. 1283, ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie (jak te objęte niniejszym Programem), finansowane z innych źródeł.

**3.** Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mojej osoby usług asystencji osobistej.

**4**. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

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

(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)