



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie Uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Oświadczam, że:

- Nie wybieram asystenta.
 Wybieram asystenta:

Imię i nazwisko asystenta:

.....
Adres zamieszkania:

.....
Telefon:

.....
E-mail:

.....
Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”,

oświadczam że wskazana/y przeze mnie Pani/Pan

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną oraz nie prowadzi ze mną wspólnego gospodarstwa domowego
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

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 (Dz. U. z 2023r. poz. 901 ze 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.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu