

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/opiekuna ustawowego

ul.

32 -700 Bochnia
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na * :

mojego osobistego asystenta,

asystenta osoby, której jestem opiekunem prawnym (zwanej dalej „podopiecznym”)

.....

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

asystenta mojego dziecka:.....

imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią

(imię i nazwisko asystenta, dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail)

● Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest opiekunem prawnym/ustawowym: moim mojego podopiecznego mojego dziecka *

- nie zamieszkuje razem: ze mną moim podopiecznym moim dzieckiem *

- nie jest członkiem rodziny: mojej mojego podopiecznego mojego dziecka * (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika 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).

- jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej: wobec mnie mojego podopiecznego mojego dziecka *

● Jestem osobą samotnie gospodarującą i nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (dot. osoby z niepełnosprawnością)

TAK NIE *

● Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej w miejscu realizacji usług (dot. osoby z niepełnosprawnością)

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

* zaznaczyć właściwe