……………………………………………………..
Imię i nazwisko uczestnika programu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

[ ]  **Wybieram asystenta**.

Imię i nazwisko asystenta:…………………………………………………………………..

Nazwisko rodowe……………………………………………………………………………….

Imię ojca……………………………………………………………………………………………..

Imię matki ………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………..

Nr. PESEL …………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
* jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

[ ]  **Nie wybieram asystenta**.

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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268), 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.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |