

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1) 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.

2) na asystenta wybieram (Imię i Nazwisko, 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
- posiada doświadczenie niezbędne do udzielania pomocy osobie niepełnosprawnej.

3) nie wskazuję asystenta.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)