3.

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………………

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

1. **Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję/nie wskazuję na[[1]](#footnote-1):**

* mojego osobistego asystenta,
* asystenta mojego podopiecznego……………………………………..………………….………..,

*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 (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

**Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:**

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

1. Proszę o ~~wskazanie~~/nie wskazywanie[[2]](#footnote-2) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie osoby, która będzie pełniła funkcję mojego asystenta osobistego.

|  |
| --- |
| **………………………………………** |

*Data i czytelny podpis składającego oświadczeni 1-2*

Ponadto oświadczam, iż:

1. Jestem świadomy/świadoma, 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 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.
2. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także: zaświadczenie o niekaralności, pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
3. Jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania realizatora programu o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.
4. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
5. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

|  |
| --- |
| **………………………………………** |

*Data i czytelny podpis składającego oświadczeni a) - e)*

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)