



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osoby niepełnosprawnej – edycja 2023

Projekt realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu w ramach
resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

|

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Oświadczam, że:

Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Wskazana osoba:

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

Nie wybieram asystenta.

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 2022 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/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

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