*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

 *„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

 * edycja 2022*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022**

**Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:**

Imię i nazwisko kandydata na asystenta: …………………………………………..

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

Telefon: ………………………………………

Pesel …………………………………………

E-mail: ………………………………………

**☐ Nie wskazuję osoby do świadczenia usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej. Nie posiadam, osoby, która mogłaby pełnić tą funkcję – proszę o przyznanie asystenta z OPS Skoczów**

**II. Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej posiada co najmniej 6-miesięczne, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej **pomocy dla mojej osoby.**

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystenta osobistego.

**☐ Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \***

\* Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

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 oraz pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka
z niepełnosprawnością.

Deklaruję, iż wymagam wsparcia asystenta w ilości około …………….. godzin miesięcznie.

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 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/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)