



Deklaracja uczestnika

Ja niżej podpisany/podpisanadobrowolnie deklaruję udział w resortowym programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021,

Oświadczam że:

1. Zapoznałem się z Regulaminem programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 oraz zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach udziału w programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Zostałem poinformowany/a, że usługi asystenckie w ramach programu realizowane są bezpłatnie.
4. Jestem/nie jestem* pod opieką opiekuna, rodzica lub osoby spokrewnionej pobierającej świadczenie pielęgnacyjne która zrezygnowałam/zrezygnował ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;
5. Korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez, w wymiarze godzin w miesiącu;
6. 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;
7. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

wskazuję [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

.....

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

nie wskazuję asystenta.

Zostałem/-am pouczonej/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)