Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021**

**Ja …………………………………………………………………………………………..**

(imię i nazwisko)

oświadczam, że na dzień przystąpienia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 w czasie, którego świadczone będą
na moją rzecz usługi asystenta osobistego nie korzystam z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa
w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także z usług,
o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej
pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

 Jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania realizatora programu o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………

 (telefon)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, wskazuję niżej wymienioną osobę
do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………….….

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

Telefon: ………………………………………………………………………………………

 Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Proszę o wskazanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Krasnymstawie osoby, która będzie pełniła funkcję mojego asystenta osobistego.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)