.................................................................

 (Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU**

**1.** Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej
Pani/Pan ...................................................................................................................................................
(imię, nazwisko i numer telefonu asystenta) **nie jest członkiem mojej rodziny**\***, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.**

(\*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**).**

**2.** Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż:

**W godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie (jak te objęte niniejszym Programem), finansowane z innych źródeł.

**3.** Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mojej osoby usług asystencji osobistej.

**4**. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022.

 ...................................................................................

(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)