



Oświadczenie uczestnika Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023

I. Oświadczenie uczestnika Programu

Ja niżej podpisany/a*
(imię i nazwisko uczestnika Programu lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika)

zamieszkały/a*

ustanowiony przedstawicielem ustawowym*/opiekunem prawnym */ pełnomocnikiem*(o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko niepełnosprawnego uczestnika Programu)

zamieszkał/ej/ego/(o ile dotyczy):.....
(ulica, nr budynku/lokalu, miasto i kod pocztowy)

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Do realizacji usług asystencji wskazuję :

Imię i Nazwisko*

Numer telefonu*



Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

a) nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną**;

a) jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej;

b) spełnia warunki, o których mowa w rozdz. IV ust. 3 pkt 1 lub 2 Programu. ***

5. Jestem świadomy/a, że w trakcie 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 2021 r. poz. 2268, z późn.zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu **Solidarnościowego** lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdz. IV ust. 8 Programu, finansowane ze środków publicznych.

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

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

Miejscowość, data
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

II. Oświadczenie kandydata na asystenta

Ja niżej podpisany/a*,
zamieszkały/a*

oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji asystenta osobistego. ****

Miejscowość, data
(Podpis kandydata na asystenta)



* Pole obowiązkowe

** Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

*** Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika:

- 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
- 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;

**** w przypadku usługi asystencji osobistej świadczonej na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 r.ż. należy dołączyć dodatkowo:

- a) Zaświadczenie o niekaralności
- b) Formularz dla celów uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym.