**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**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 finasowaniu 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:

1. wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną\*\*;
2. znam osobiście i akceptuję osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego;
3. wskazana osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji;
4. spełnia warunki, o których mowa w rozdz. IV ust. 4 pkt 1 lub 2 lub 3 Programu. \*\*\*
5. Jestem świadomy/a, że 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 2023 r. poz. 901, z późn. zm.),inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy  Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne  wsparcie, o którym mowa w rozdz. IV ust. 12 Programu, finansowane ze środków publicznych.
6. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

**Zostałem/-am pouczony/-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 oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, 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, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:

1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i

specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub

2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

\*\*\*\* w przypadku usługi asystencji osobistej świadczonej na rzecz dzieci z niepełnosprawnością od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 r.ż. należy dołączyć dodatkowo:

a) Zaświadczenie o niekaralności

b) Formularz dla celów uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.