**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023**

**Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**1. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………

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

Telefon: ………………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………….

**2. Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:**

Imię i nazwisko kandydata na asystenta: …………………………………………..

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

Telefon: ………………………………………

Pesel………………………………………….

E-mail: ………………………………………

**Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej posiada co najmniej 6-miesięczne, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej **pomocy dla mojej osoby/mojego dziecka**

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystenta osobistego.

**☐ Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \***

*\* Za członków rodziny należy uznać wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu*

*W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także: zaświadczenie* o *niekaralności, pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka
z niepełnosprawnością.*

**3.** Jestem świadomy/świadoma, 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 2021 r. poz. 2268 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

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

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, dnia………………………………………………………….

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego) ..…………………………………………………………………….