*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

*„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  edycja 2024*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”– edycja 2024**

**I. Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**Dane uczestnika Programu:**

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

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

**Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:**

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

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

Telefon: ………………………………………

E-mail: ………………………………………

**☐** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługę asystencji osobistej posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej **pomocy dla mojej osoby;**

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej;

**☐** Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \*

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

* zaświadczenie o niekaralności;
* informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci   
  wydruku pobranej informacji z Rejestru;
* pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z   
  niepełnosprawnością.

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

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

II. Oświadczenie

Zobowiązuję się także poinformować OPS Skoczów o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Skoczów, dnia …………………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)