



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 3 do regulaminu określającego warunki przyznawania i zasady odpłatności za usługi asystenckie oraz usługi opieki wytchnieniowej projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”

Oświadczenie uczestnika projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” – dotyczy wsparcia w formie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

Skoczów,

.....

(imię i nazwisko uczestnika projektu/opiekuna prawnego)

.....

.....

.....

.....

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że wskazuję do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Pana/Panią

.....

(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

.....

.....

(adres zamieszkania/numer telefonu/e-mail)

Oświadczam, że wyżej wskazany kandydat na asystenta:

- nie jest członkiem mojej rodziny*,
- nie jest moim opiekunem prawnym,

* Na potrzeby realizacji Projektu 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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

- nie zamieszkuje razem ze mną/ osobą na rzecz której usługi mają być świadczone,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ osoby na rzecz której usługi mają być świadczone usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2. roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łączenie 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.

Oświadczenia dodatkowe:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Projektu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi 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 środków Funduszy Europejskich, albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.

5. Oświadczam, że osoba wskazana do pełnienia roli asystenta jest odpowiednio przygotowana do świadczenia usługi asystenckiej i posiada wcześniejsze doświadczenie dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, której dotyczy mój wniosek.
6. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki asystenckiej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę, która/który realizuje projekt „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” , świadczonych usług asystenckich. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
7. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem* w projekcie finansowanym ze środków Funduszy Europejskich w zakresie usług społecznych lub w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług asystenckich. W ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usługi asystenckiej, w tym w Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni usługi asystenckiej.
8. 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 Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej lub ze środków Funduszy Europejskich), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej** zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(Podpis uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)