

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

- 1) Korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez, w wymiarze godzin w miesiącu;
- 2) 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 2020 r. poz. 1876, z późn.zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust.9, finansowane z innych źródeł;
- 3) na asystenta wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]
.....

Wskazana osoba

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

nie wskazuję asystenta.

Miejscowość, data

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