

.....
Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/uczestnika programu

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż:

1) jestem/nie jestem* opiekunem rodzice lub osobą spokrewnioną pobierającą świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnowałam/zrezygnowałem ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;

2) korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez, w wymiarze godzin w miesiącu;

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 2020 r. Poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;

4) 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.

nie wskazuję asystenta

Miejscowość, data

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