Lipsko, dnia ……………………………..

………………………………………………

( imię i nazwisko uczestnika Programu)

……………………………………………..

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

☐ Jestem osobą samotnie zamieszkującą/ jestem osoba samotnie zamieszkującą i wychowująca dziecko/dzieci

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, z poźn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9, finansowane z innych źródeł.

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

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

Zapoznałam/em się z treścią Programu ,,Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2022, jak również zostałam/em poinformowana/y przez realizatora Programu o limitach dotyczących świadczenia usługi asystencji osobistej, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania asystenta oraz że jestem uczestnikiem Programu, który współfinansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego.

…………………………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna

prawnego uczestnika Programu