



.....  
(Imię i nazwisko uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr tel., adres e-mail)

**Oświadczenie**  
**uczestnika / opiekuna prawnego uczestnika\***  
**Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**  
**– edycja 2023 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej 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 późn. zm.), a także inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji określonej w rozdziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

**Wskazuję asystenta:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania, nr telefonu .....

**Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:**

nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

nie zamieszkuje ze mną;

**Nie wskazuję asystenta.**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość ....., data .....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić