Trzcianne dnia …...........................

…........................................................

(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/rodzica\*)

…........................................................

(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep.\*)

…........................................................

…........................................................

(adres)

**DEKLARACJA**

**do wskazania osoby mającej świadczyć usługi
w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

 Ja, ………………………………………………………………………………. Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika\* wskazuje Panią/Pana …………………………………………………………………………………………………….zam. …………………………………………………………………………………………………………………….. jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu.(*Jednocześnie akceptuję wybór ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka*)\*.

 Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej.

dnia .............................. r. ............................................................

*(podpis czytelny uczestnika/opiekuna*

*prawnego/rodzica\*)*

*\*niepotrzebne skreślić*

…........................................................

(Imię i Nazwisko)

…........................................................

…........................................................

(adres)

Trzcianne dnia ………………………….

**Oświadczenie**

 Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan ................................................................................ niezamieszkuje razem z uczestnikiem Programu.

dnia .............................. r. ............................................................

*(podpis czytelny)*

**Oświadczenie**

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

 Ja, ………………………………………………………………………………. Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika oświadczam, że Pani/Pan …………………………………………………………………………………………………… zam. ……………………………………………………………………………………………………………………nie\* jest członkiem mojej rodziny / rodziny uczestnika programuw rozumieniu pkt IV, ust.5Programu.

*(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnychlub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma orazosobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunkuprzysposobienia z uczestnikiem).*

dnia .............................. r. ............................................................

*(podpis czytelny)*

\*niepotrzebne skreślić

…........................................................

(Imię i Nazwisko)

…........................................................

…........................................................

(adres)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez GOPS w Trzciannem nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U.
z 2023 r. poz. 901 ze zm. ), innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego
albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o którym mowa w pkt IV, ust. 10 i 15 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024finansowanych ze środków publicznych.

dnia .............................. r. ............................................................

*(podpis czytelny)*