



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Zaganańsku



....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**Oświadczenie Uczestnika Programu
„Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, że:

Nie wybieram asystenta.

Wybieram asystenta:

Imię i nazwisko asystenta:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam że wskazana/y przeze mnie Pani/Pan

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

Jestem świadomy/a, 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 2023r. poz. 901 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

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

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

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu