Załącznik nr 2

do Regulaminu Rekrutacji i Realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” - edycja 2024

………………………………………….

miejscowość data

……………………………………………

imię i nazwisko  
osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

…………………………………………………….

……………………………………………

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na¹:  
 mojego osobistego asystenta,  
 asystenta mojego podopiecznego ………………………………………………………….  
 imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością  
 asystenta mojego dziecka …………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią …………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko asystenta  
dane kontaktowe wskazanego asystenta (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

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

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:  
- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje  
razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem²,  
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka²  
usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie,

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany, że w godzinach 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 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana, że realizator Programu obowiązany jest monitorować świadczenie usług asystencji osobistej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych  
kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

……………………………………………………

podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

¹ zaznaczyć właściwe

² niepotrzebne skreślić