

Białystok, dnia.....

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – EDYCJA 2025

Ja niżej podpisany/a 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. Do realizacji usług asystenckich dla mnie/mojego podopiecznego/mojego dziecka:

Wskazuję asystenta

Nie wskazuję asystenta

Na Asystenta Wskazuję Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko wskazywanego Asystenta

.....
adres zamieszkania Asystenta

.....
numer PESEL Asystenta

.....
adres e-mail Asystenta

.....
telefon kontaktowy do Asystenta

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, zięcia, teściów, synową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
- nie zamieszkuje razem ze mną/z uczestnikiem Programu;
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie (*niepotrzebne skreślić*) oraz posiada minimum 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Oświadczam, również że (zaznaczyć właściwe):

- korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot w wymiarze średnio:
..... godzin miesięcznie.
- nie korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot.
- oświadczam, że zapoznałem się i zaakceptowałem regulamin programu.

Oświadczam również, że w tych samych godzinach, w których świadczone będą usługi asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, realizowanego przez Miasto Białystok i Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), a także usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi analogiczne finansowane z innych źródeł. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu tj., o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego