........................................................................
(imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.......................................................................
(adres zamieszkania)

........................................................................
(telefon)

**OŚWIADCZENIE**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, **wskazuję** niżej wymienioną osobę do pełnienia w/w wsparcia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**osoby mającej pełnić usługę asystencji osobistej |  |
| **Adres**osoby mającej pełnić usługę asystencji osobistej |  |
| **Telefon**osoby mającej pełnić usługę asystencji osobistej |  |

W odniesieniu do części *IV. Zakres podmiotowy i przedmiotowy* *Programu, pkt 6, Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024,* ja niżej podpisana/y oświadczam,
iż Pan/i …………………………………………………………………….:

* nie jest członkiem mojej rodziny\*, nie jest moim opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną, o czym mowa w części IV ust.4 Programu „Asystent osobisty osoby
 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

 *\*za członka rodziny uznaje się wstępnych (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) lub zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki), małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*

* jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,
* jest osobą zaufaną,
* jest osobą odpowiedzialną,
* nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną,
* nie jest zobowiązana/y przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem
do sprawowania opieki nade mną.

☐Nie wybieram asystenta.

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

…………………………..…………………………………

 *(miejscowość, data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)*