Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krościenko Wyżne, dnia ……

……
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

……
Adres zamieszkania

……
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU/OPIEKUNA PRAWNEGO „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

1. Oświadczam, że:

   a) zamieszkuję /nie zamieszkuję* na terenie Gminy Krościenko Wyżne;

2. Na asystenta wskazuję:

   Imię i Nazwisko asystenta: ……..

   Telefon: ……...

   Wskazana osoba:

   nie zamieszkuje razem ze mną, nie jest moim opiekunem prawnym ani nie jest członkiem mojej rodziny, tj. wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;

3. Korzystam/ nie korzystam*

   a) z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

   ……
   (miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów, organizator usług);

   b) korzystam* / nie korzystam* z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w wymiarze:

   ...……
   (wpisać miesięczną lub tygodniową ilość godzin świadczonych usług, rodzaj usług, organizatora usług)

c) jestem* / nie jestem* uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę.

……...…….……
wpisać rodzaj placówki, dni tygodnia oraz godziny pobytu w placówce (od-do)

4. Z tytułu sprawowania opieki nade mną inna osoba pobiera/nie pobiera* świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;

5. Jestem osobą, która*:
   1) ma/nie mam możliwości pomocy ze strony rodziny/instytucji;
   2) mieszkam samodzielnie/mieszkam z pozostałymi członkami rodziny.

3. Oświadczam, że:

☐ 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 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 cz. IV w ust. 10 Programu, finansowane ze środków publicznych.

☐ Zobowiązuję się niezwłocznie jednak nie później niż w terminie do 7 dni poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) .

☐ 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.

☐ Zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych (Klauzula informacyjna stanowiąca załączniki nr 15 do Programu oraz Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024).

☐ Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 są zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym i prawnym.

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego

☐ Zapoznałem/am się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

☐ Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

……
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Niepotrzebne skreślić