



.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024)

.....
(adres zamieszkania uczestnika)

Oświadczenie

dotyczące wskazania asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- na asystenta osobistego wskażę:

.....
(imię nazwisko asystenta, nr telefonu)

Ponadto oświadczam, że:

- 1) wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie jest to osoba faktycznie zamieszkująca razem ze mną („Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.” - *dział IV ust. 5 Programu*);
 - 2) wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością jest przygotowany do realizacji wobec mnie/mojego podopiecznego* usług asystencji osobistej,
 - 3) wskazany przeze mnie asystent będzie korzystał z refundacji kosztów związanych bezpośrednio z realizacją usług asystencji osobistej, o których mowa w dziale V ust. 3 pkt 2 i 3 Programu: kosztów zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz kosztów przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu, kosztów zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi **Tak /Nie /Nie wiem .**
- chcę skorzystać z usług asystenta osobistego wskazanego przez Realizatora Programu oraz oświadczam, że jestem w stanie/czuję się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla mnie/mojego podopiecznego* wybranych usług asystencji osobistej.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego)