Łapy, dnia ………………

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO- EDYCJA 2024

Oświadczam, że:

**Wybieram asystenta**

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną
* jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

**Nie wybieram asystenta**

1. Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminem Udziału Mieszkańców Gminy Łapy w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnoprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Jestem świadomy/świadoma, 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) i inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
3. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
4. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
5. Oświadczam, że ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością, akceptuję osobę asystenta wskazanego przez realizatora Programu.

| …………………………………………………………………… |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |