Załącznik nr 1

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/podpisany .......................................................... oświadczam, że:

1) korzystam/nie korzystam\* z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez ..................................................., w wymiarze ...................... godzin w miesiącu;

2) jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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 2024 r. poz. 1283t.j.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10 Programu„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025, finansowane ze środków publicznych;

3) ☐ na asystenta wskazuję: (imię i nazwisko, telefon, e-mail)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………..………………………………………………

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby Programu za członków rodziny 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).

☐ nie wskazuję asystenta

Miejscowość..................................... data........................

.................................................................................
 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)