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

(Imię i Nazwisko)

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

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

(adres)

**Oświadczenie osób niepełnosprawnych lub ich opiekunów prawnych**

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących podobne wsparcie, o którym mowa w pkt. IV, ust. 9 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 finansowanych z innych źródeł.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie/ zgłoszony przez Realizatora\* asystent ................................................................................................ jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ osoby którą się opiekuję\* usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że asystent nie jest członkiem rodziny i nie prowadzi wspólnie ze mną gospodarstwa domowego.

Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu rekrutacyjnego osoby niepełnosprawnej oraz usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 realizowanego przez Fundację na rzecz Rozwoju Powiatu Monieckiego.

Mońki, dnia .............................. r. ............................................................

*(podpis czytelny osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego)*

\*niepotrzebne skreślić