**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/podpisana ……………………………………………………. oświadczam, iż:

1. 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 (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.) inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w pkt 10 rozdziału IV Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowane z innych źródeł;
2. ☐ na asystenta wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

…………………………………………………………………………………………………

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Oświadczam, że wskazany asystent jest przygotowany przeze mnie do realizacji usług asystencji osobistej.

☐ nie wskazuję asystenta.

Miejscowość ………………………………., data …………..……….

………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)