

Tarnów, dnia.....

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Organizacji Pozarządowych – EDYCJA 2025**

W związku z ubieganiem się o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 realizowanym przez PSONI Koło w Tarnowie

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień podpisania niniejszego oświadczenia

1. **Zostało mi przyznane /nie zostało mi przyznane*** wsparcie w formie usług asystencji osobistej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego na rok 2025 u innego Realizatora Programu
2. **Jestem / nie jestem*** osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich
3. **Jestem / nie jestem*** osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich
4. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
5. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
6. Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej

7. Wskazuję do realizacji usług asystencji Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko

.....
Dane kontaktowe kandydata na asystenta: adres zamieszkania/nr telefonu/adres e-mail

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba :

- nie jest członkiem mojej rodziny**
- nie jest moim opiekunem prawnym,
- nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

8. Oświadczam, że:

- Dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym
- O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta (np. utrata statutu osoby niepełnosprawnej, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystania z usług asystenta w ramach innych programów) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PSONI Koło w Tarnowie (nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym zmiana nastąpiła).

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Niepotrzebne skreślić

** Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu