



**Oświadczenie Uczestnika
w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”**

Ja niżej podpisana/y

(imię i nazwisko Uczestnika)

Zamieszkała/y

(adres Uczestnika)

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent:

.....

(imię i nazwisko asystenta)

Jest przygotowany do świadczenia usług asystencji wobec mnie oraz

- Nie jest członkiem mojej rodziny*
- Nie jest moim opiekunem prawnym
- Nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą
- Posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami
- Posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta.

.....

(podpis Uczestnika)

Oświadczam, że zobowiązuję się powiadomić realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(podpis Uczestnika)

* 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, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.