

**Załącznik 1 do formularza zgłoszeniowego**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**"Mój Asystent III – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie"**

**Kierunek pomocy 2 : Zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na<sup>1</sup>:

- mojego osobistego asystenta,
- asystenta mojego podopiecznego.....,  
*imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*
- asystenta mojego dziecka:.....,  
*imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością*

Pana/Panią.....

*imię i nazwisko asystenta*

dane kontaktowe wskazanego asystenta ( adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

.....  
.....

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem<sup>2</sup>,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka<sup>3</sup> usług asystencji osobistej.
- jest mi znany osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....  
*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

<sup>1</sup> zaznaczyć właściwe

<sup>2</sup> właściwe zakreślić

<sup>3</sup> właściwe zakreślić

**Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Konkurs nr 1/2023 „Możemy więcej”**

1) Kierunek pomocy 2. ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

2) Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)

3) Nazwa zadania: Zadanie 13. świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej