*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

 *„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

 * edycja 2023*

**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023**

**Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:**

Imię i nazwisko kandydata na asystenta: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………

E-mail: ………………………………………

**II. Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej posiada co najmniej 6-miesięczne, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej **pomocy dla mojej osoby.**

**☐** Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystenta osobistego

**☐** Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym \*

\* Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

* zaświadczenie o niekaralności;
* informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci
wydruku pobranej informacji z Rejestru;
* pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z
niepełnosprawnością.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)