

**Oświadczenie Uczestnika Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024**

I. Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata na asystenta:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługę asystencji osobistej posiada co najmniej 6-miesięczne, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej **pomocy dla mojej osoby**;

Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej;

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, zięcia, synową, macochę, ojczyzna 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 z niepełnosprawnościami do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu 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.**

II. Oświadczenie

Zobowiązuję się także poinformować MOPS w Cieszynie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji lub 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 z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Cieszyn, dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)