Dotyczy Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczenie Uczestnika Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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: ……

☐ 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 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.

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie e 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 osobistej 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)