Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Spiczynie

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

……………….……………….., …………… 202… r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko*

 *osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2025**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na:

* 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 (np. 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,

- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka usług asystencji osobistej.

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

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |
|  |