**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

Ja niżej podpisany/podpisana………………….………..…………………..………………………………………………,

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..…………………..

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego w powiecie wysokomazowieckim.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV ust. 15 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
6. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

☐ **Wskazuję asystenta:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu …………………………………………………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, teściową, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

☐ nie zamieszkuje ze mną;

☐ **Nie wskazuję asystenta.**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość ……….…………….……, data …………….…. ……….…………………..………….………………………  
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*