

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**

**– edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Oświadczenie uczestnika**

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

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2023 r. poz. 901 z późn. zm.)?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług, o których mowa w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” w innej jednostce?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym pobierane jest świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania nad Panem/ią opieki?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług środowiskowych domów samopomocy?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym pracuje Pan/i w zakładzie aktywności zawodowej?

**Tak  / Nie**

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych/finansowanych z innych źródeł?

**Tak  / Nie**

Jeśli tak to z jakich usług? ………………………………………………………………………..………..

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