

.....
miejsowość, data

1. Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 44 ze zm.)/ osoba w stosunku do której mają być świadczone usługi asystencji osobistej jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji osobistej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/ nie uczestniczę bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025r. w zakresie usług asystencji osobistej, w tym w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/ lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025r. w zakresie usług asystencji osobistej, w tym w Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni usług asystencji osobistej.
7. Oświadczam, że w przypadku wskazania w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usługi asystencji osobistej, osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie