

**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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

**Oświadczam, że:**Zostałem/am zapoznany/a z zasadami udziału w Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Pracownicy Ośrodka Pomocy Społecznej Miasta i Gminy w Jędrzejowie poinformowali mnie, że:

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 uzależniony będzie od wysokości przyznanych środków finansowych. W razie braku środków OPSMiG zastrzega sobie prawo zmniejszenia ilości godzin lub skrócenia okresu realizacji świadczenia.
2. Zakres usług asystenckich uzależniony będzie od sytuacji zdrowotnej i rodzinnej osoby niepełnosprawnej oraz od stopnia samodzielności.
3. Złożenie w OPSMiG Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystenckich. Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego.
4. Do realizacji usług asystencji:

☐ **Wskazuję osobę do świadczenia usług asystenckich:**

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

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

☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

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

☐ jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej;

☐ posiada dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta\*

☐ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

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

***Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego***