

..... dnia.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Oświadczam, że:

korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/
projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....
(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych
programów/projektów);

nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/
projektów finansowanych z innych źródeł;

korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa
w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych w ramach
Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych
źródeł.

Proszę wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi:

.....
.....

nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /usług finansowanych
w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie
finansowane z innych źródeł.

W celu sprawowania opieki nad uczestnikiem Programu zostało przyznane świadczenie
pielęgnacyjne.

TAK/NIE*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W GŁÓWCZYCACH

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Główczychach o zaistnieniu zmian dotyczących wyżej wymienionej sytuacji.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego