Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczenie uczestnika
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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 2024. Pracownicy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Warcie Bolesławieckiej poinformowali mnie, że:

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 uzależniony będzie od wysokości przyznanych środków finansowych. W razie braku środków GOPS 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 GOPS Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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).

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 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023r. poz. 901 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ROZDZIALE IV ust. 10 Programu AOON dla JST – edycja 2024, finansowane ze środków publicznych.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej.

Jestem świadomy/świadoma, że uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Miejscowość ……., data ……. ……

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego