................................................................................. Wyśmierzyce, dnia ……….……………………

 imię i nazwisko uczestnika Programu

zam. ,…... ………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: …………………………………….…………………………

**OŚWIADCZENIE**

**o korzystaniu z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej lub usług opiekuńczych**

 **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Oświadczam, że ja\*/uczestnik Programu\*:

* korzystam\*/korzysta 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\*/korzysta\* z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł;
* korzystam\*/korzysta\* 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.

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…………(wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi)

………………………………………………………………………………………………….………………………………….……………………………………………..

* nie korzystam\*/nie korzysta\* 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 nade mną\* / uczestnikiem Programu\* zostało przyznane świadczenie pielęgnacyjne

**TAK\* / NIE\***

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyśmierzycach o zaistnieniu zmian dotyczących wyżej wymienionej sytuacji.

 ……………………………………………………………………

 podpis uczestnika Programu/rodzica/opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić