

 …………………………………….... Malbork, dnia……………………

imię i nazwisko uczestnika Programu

……………………………………….

imię i nazwisko opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

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\***

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

……………………………………………………

podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

 **Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**