Załącznik nr 1 do Regulaminu

AOOzN 2025 Gmina Pobiedziska

**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

**DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU**

**TERYTORIALNEGO– EDYCJA 2024 - POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA**

Ja, niżej podpisany/a

……………………………………………………………………………………………………………

potwierdzam swoje uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla

Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu

Solidarnościowego, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

2. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi

opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca

2004 r. o pomocy społecznej ( t.j.Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” wsparcie, finansowane z innych źródeł.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest bezpłatny.

4. Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.

5. Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach Programu „Asystent osobisty

osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 są zgodne

z prawdą\*.

6. Przyjmuję do wiadomości, że:

* Asystent nie wyręcza uczestnika programu, a jedynie wspomaga wykonywane przez niego

czynności.

* Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnością wyłącznie na podstawie jej

decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie realizuje usług dla poszczególnych członków

rodzin osoby niepełnosprawnej.

* Uczestnik programu jest zobowiązany do ustalania z asystentem terminów usług w czasie

umożliwiającym ich zorganizowanie.

* Usługi będą świadczone do 31.12.2025 r.
* W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności z terminem ważności krótszym niż

do 31.12.2025 r. usługi będą świadczone w okresie obowiązywania posiadanego dokumentu.

Wydłużenie terminu wykorzystania przyznanego limitu godzin będzie możliwe po dostarczeniu nowego, aktualnego orzeczenia wskazującego na spełnianie kryteriów programowych.

* W przypadku braku możliwości rozpoczęcia realizacji usług w terminie dwóch miesięcy od

daty poinformowania o zakwalifikowaniu do Programu z winy uczestnika Programu

spowodowanej np. nie wskazaniem/kolejnym nie przyjęciem wskazanego asystenta,

uniemożliwiającym zawarcie stosownej umowy z asystentem Realizator może odstąpić od

przyznanej pomocy.

* Oświadczam, że wskazana w karcie zgłoszenia osoba asystenta nie jest osobą faktycznie ze

mną zamieszkującą, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem mojej rodziny

(tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostające we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia),

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Bieżącego wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

2. Informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.

Pobiedziska, data ……………………

…………………………………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego