**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..………………………………………………, zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..………………… .

**Oświadczam, że:**

Zostałem/am się z zasadami udziału w Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025.

Pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach poinformowali mnie, że:

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025 uzależniony będzie od stopnia niepełnosprawności *(zgodnie z* ***Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025****)*. W razie braku środków MOPR zastrzega sobie prawo zmniejszenia ilości godzin lub skrócenia okresu realizacji świadczenia.
2. Korzystam/nie korzystam\* z ośrodka wsparcia/ŚDS.
3. Pobieram/nie pobieram\* świadczeni/e/a wspierającego z ZUS.
4. Złożenie w MOPR Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025 **nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystenckich.** Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego.
5. Do realizacji usług asystencji:

☐ **Wskazuję osobę do świadczenia usług asystenckich:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………….

Agencja opiekuńcza ……………………………………………………………………….

Numer telefonu ………………………………………………………………………………

☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia);

☐ jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej i spełnia wymagania zawarte w Programie (rozdział IV);

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

Miejscowość ………………, data …………. ……………………..…………………………………………………
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*