

**Oświadczenie uczestnika  
Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023**

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

**Oświadczam, że:**

Zostałem/am zapoznany/a z zasadami udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

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

1. Wymiar czasowy usług świadczonych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 uzależniony będzie od wysokości przyznanych środków finansowych. W razie braku środków MOPR 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 MOPR Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystenckich. Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, które odbędzie się w okresie od 01.02.2023r. do 28.02.2023r.
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), 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 pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

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