

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO/UCZESTNIKA PROJEKTU „ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ramach Konkursu pn. „Wspieramy aktywność” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2024 z dnia 30-09-2024 r.) na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Nazwisko i imię/ Pesel BO	
Adres zamieszkania/ pobytu	

W związku z uczestnictwem w projekcie „Asystent osoby z niepełnosprawnością” oświadczam, że:

- w godzinach świadczenia usługi asystenta w ramach projektu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” nie będę korzystał/ a z usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), innych usług opiekuńczych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł,
- usługi asystenckie w ramach projektu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” nie będą świadczone przez osoby z najbliższej rodziny, za które uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem lub gdy Zleceniobiorca faktycznie zamieszkuje razem z BO,
- w przypadku wskazania/ rekomendacji asystenta/ów przez BO lub jego opiekuna prawnego do realizacji usług asystenckich wskazane osoby będą przygotowane do realizacji wobec Niego usług asystencji osobistej.
- nie uczestniczę oraz nie będę uczestniczył równocześnie w innych realizowanych Projektach dofinansowanych ze środków PFRON, jeżeli cele realizacji form wsparcia w poszczególnych Projektach pokrywają się.
- wskazuję/ akceptuję do pracy w charakterze mojego asystenta niżej wymienione/ą osobę/y:

/Imię i nazwisko oraz kontakt do wskazanego/nych asystenta/ów/

(miejsce, data, podpis Beneficjenta Ostatecznego/opiekuna prawnego)