

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

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

1. 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,
2. 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,
3. 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.

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

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