# OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko Kandydata/ Kandydatki: ………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………….

Dane rodzica/opiekuna prawnego – jeśli dotyczy

Imię i nazwisko: ...................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................

Ja niżej podpisany/podpisana ……………………………………………………. (imię i nazwisko) oświadczam, że:

1. Nie korzystam/ korzystam\* ze wsparcia, które finansowane jest ze środków publicznych
o zakresie podobnym lub tożsamym do wsparcia świadczonego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 w Gminie Nowy Żmigród.

Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

……………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

1. Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 oraz pozostałych załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Zapoznałem/ łam się z „Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w Gminie Nowy Żmigród oraz z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
3. Wskazuję jako mojego asystenta ☐ / nie dotyczy ☐ (\*)

Panią/ Pana ………………………………………………………………………………….….………

Telefon kontaktowy ………………………………………………

Wskazana osoba/kandydat na asystenta spełnia następujące warunki określone w Programie, tj.:

* nie jest członkiem mojej rodziny (tj: wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową/ teściem, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia) oraz nie zamieszkuje razem z moja rodziną;
* spełnia moje oczekiwania i jest przygotowany/na do realizacji wobec mnie /mojego dziecka(\*) usług asystencji osobistej;
* posiada określone Programem wykształcenie lub/ i udokumentowane doświadczenie w udzielaniu pomocy osobom niepełnosprawnym, o których mowa w Programie.

Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej dla mnie/ mojego dziecka\* przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie.

* Tak

 ……………………………………………

 (data, czytelny podpis)

\*Zaznaczyć właściwe.