



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością „ dla JST-edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Oświadczenie Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Dane Uczestnika Programu (imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia).

.....

reprezentowanego przez

(wypełnić w przypadku przedstawiciela ustawowego osób niepełnoletnich lub przedstawiciela prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej)

Jako Uczestnik Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, co następuje :

1. Jako osobę sprawującą funkcję asystenta osobistego wskazuję Pana/ Panią,, która posiada wiedzę i doświadczenie uzasadniające wykonywanie czynności wskazanych w Karcie zgłoszenia do Programu.

Osoba ta nie należy do mojej rodziny* i nie zamieszkuje ze mną.

2. Przyjmuję, do wiadomości, iż:

1) usługi asystencji osobistej finansowane są ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,

2) usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

- wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;

- wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego;

- wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;

- wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem,

3) usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła lub placówka nie zapewnia tej usługi,

4) asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością,

5) w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r., inne usługi

finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych,

6) przydzielony mi wymiar godzin asystencji osobistej wynosić będzie w roku 2025 r. nie więcej niżgodzin,

7) realizatorem Programu jest Gmina Ozorków, wykonująca zadania wynikające z Programu przy pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Ozorków.

3. Zobowiązuję się do:

1) przestrzegania założeń Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,

2) umożliwienia przeprowadzania kontroli realizacji usługi asystencji osobistej przez pracowników Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej,

3) informowania pracownika socjalnego lub kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Ozorków o każdej zmianie dotyczącej statusu jako osoby niepełnosprawnej (dotyczy wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności) oraz o każdej nieprawidłowości lub zmianie dotyczącej realizacji usługi.

Data

Podpis Uczestnika Programu.....

(lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

- Za członków rodziny, na potrzeby realizacji Program, uważa się wstępnych , zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.