Piaseczno, dnia

Imię i Nazwisko uczestnika Programu

Adres zamieszania

OŚWIADCZENIE

W związku z zakwalifikowaniem się do Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego oświadczam, że:

KORZYSTANIE Z INNYCH PROGRAMÓW I PROJEKTÓW

[ ] korzystam z usług asystenta w ramach innych programów/projektów:

[ ] nie korzystam z usług asystenta w ramach innych programów/projektów.

ŚWIADCZENIE PIELĘGNACYJNE

[ ] nie pobieram świadczenia pielęgnacyjnego/mój opiekun nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego.

[ ] pobieram świadczenie pielęgnacyjne/mój opiekun pobiera świadczenie pielęgnacyjne.

[ ] nie dotyczy.

PODWÓJNE FINANSOWANIE

[ ] jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

[Podpis uczestnika Programu lub opiekuna prawnego]