

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

Ja.....

(imię i nazwisko Uczestnika Programu/opiekuna Prawnego)

na dzień przystąpienia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 realizowanego przez Caritas Diecezji Kieleckiej oświadczam, że w 2025 roku:

zamieszkuję i będę zamieszkiwał/-a na terenie województwa świętokrzyskiego w powiecie*:

.....gmina.....

Ponadto oświadczam, że

- nie korzystam/korzystam w wymiarze.....godz. miesięcznie

z usług Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością* u innego

Realizatora Programu.

- Usługi asystencji osobistej świadczone będą wyłącznie na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej.

Oświadczam również, że w tych samych godzinach, w których świadczone będą usługi asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 realizowanego przez Caritas Diecezji Kieleckiej nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej (Dz.U. z 202 r.poz.1283), a także inne usługi finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych środków publicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu tj. Caritas Diecezji Kieleckiej o zaistnieniu zmian dotyczących ww sytuacji.

.....

(data i podpis uczestnika programu/opiekuna prawnego)

*zaznaczyć właściwą odpowiedź

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z paragrafem 233 Kodeksu Karnego