*Załącznik Nr 2 Regulaminu*

………………………………………………… Myślibórz, ……………………………
 Imię i nazwisko (data)
(uczestnika lub opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE**

**uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 dotyczące wskazania asystenta osobistego**

Ja niżej podpisany/a:

☐ **Wskazuję asystenta**

Imię i nazwisko asystenta: ………………………………………………………………………………………………………………

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

Nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która ubiega się o usługi asystenckie oraz spełnia wymogi określone w §7 pkt. 3 Regulaminu.

☐ **Nie wskazuję asystenta**

Jestem świadomy/a, 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 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

 ………………………………………………………….
 Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego