



**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023***

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:.....
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Status na rynku pracy:
8. Grupa/stożenie niepełnosprawności:
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj dysfunkcji
	1	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
	2	dysfunkcja narządu wzroku
	3	zaburzenia psychiczne
	4	dysfunkcje o podłożu neurologicznym
	5	dysfunkcja narządu mowy i słuchu
	6	pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

10. Która z wyżej wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną nr. :

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu		1) samodzielnie	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Poza miejscem zamieszkania		1) samodzielnie	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – Tak/Nie



13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak /Nie

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe Tak /Nie

2) wypełnianie ról społecznych Tak /Nie

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak /Nie

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem Tak /Nie

.....

.....

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

.....

.....

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

.....

.....

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:



1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj pomocy
	1	pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
	2	dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie
	3	myciu okien
	4	w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
	5	praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
	6	podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
	7	transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj pomocy
	1	myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
	2	czesaniu
	3	goleniu
	4	obcinaniu paznokci rąk i nóg
	5	zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
	6	zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
	7	przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
	8	staniu łóżka i zmianie pościeli

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj pomocy
	1	pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
	2	pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
	3	pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
	4	pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
	5	asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu



4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj pomocy
	1	wyjście na spacer
	2	asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
	3	wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
	4	wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
	5	notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
	6	pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru
	7	wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak**/**Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**/**Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

Instytucja	Formy pomocy	Czy jest Pan/i zadowolona z usługi		Czy w dalszym ciągu z nich Pan/i korzysta		
		TAK	NIE	TAK	NIE	Dlaczego NIE
 	 	 	 	 	 	
MOPS						
Prywatnie opłacana osoba						
Inne jakie:						

.....
.....



V. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Rekrutacyjnego do program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w gminie Mońki.
5. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



ANKIETA UZUPEŁNIAJĄCA UCZESTNIKA PROGRAMU

Dane Uczestnika programu:

Imię i nazwisko:

Adres:

1. Czy Pan/Pani korzysta ze świadczeń z MOPS w Mońkach.

TAK	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

2. Jeśli tak to z jakich:

<input type="checkbox"/>	Zasiłek opiekuńczy
<input type="checkbox"/>	Zasiłek okresowy
<input type="checkbox"/>	Zasiłek stały
<input type="checkbox"/>	Program „Posiłek w Szkole i w Domu” na lata 2019-2023
<input type="checkbox"/>	Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020

3. Czy jest osoba sprawująca przy Panu/Pani opiekę?

TAK	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

4. Jeśli tak, czy ta osoba pobiera świadczenie pielęgnacyjne?

TAK	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

5. Czy Pan/Pani jest osobą leżącą?

TAK	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------



6. Czy Pan/Pani mieszka:

	Samotnie
	W rodzinie (ile osób) w tym:
<input type="checkbox"/>	z rodzicami (ile osób)
<input type="checkbox"/>	z małżonkiem
<input type="checkbox"/>	z dziećmi (ile osób)
<input type="checkbox"/>	z dziadkami (ile osób)
<input type="checkbox"/>	z wnukami (ile osób)
	Z partnerem
	Z innymi osobami (ile osób)

7. Czy Pan/Pani korzysta ze wsparcia:

	Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)
	Szkoła Specjalna Przystosowująca do Pracy
	Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ)
	Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy (OREW)
	Inne jakie

.....
(podpis osoby wypełniającej ankietę)



Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do



pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.



Klauzula informacyjna

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach, ul. Wyzwolenia 12, 19-100 Mońki, tel.: +48857162567, e-mail: mops@mops-monki.pl.*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: *inspektor@mops-monki.pl.*
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.



7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminę Mońki/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Podlaskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (należy wskazać nazwę gminy/powiatu) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu.



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/rodzica*)

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep.*)

.....
.....

(adres)

DEKLARACJA

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi
Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2023r.**

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny
uczestnika* wskazuje Panią/Pana
zam. jako osobę, którą
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu. *(Jednocześnie
akceptuję wybór ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka)*.*

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest
przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej.

dnia r.

.....
*(podpis czytelny uczestnika/opiekuna
prawnego/rodzica*)*

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie

Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan
..... nie jest opiekunem prawnym uczestnika Programu
i razem nie zamieszkuje.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(adres)

**Oświadczenie
Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny
uczestnika oświadczam, że Pani/Pan
zam. nie* jest członkiem
mojej rodziny / rodziny uczestnika programu w rozumieniu pkt IV, ust. 4 Programu.

*(Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub
zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we
wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).*

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

*niepotrzebne skreślić



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
.....
(adres)

Oświadczenie

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023,, nie będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w pkt IV, ust. 8 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023,, finansowanych z innych źródeł.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)