

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a
zam.

oświadczam, że:

1. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny (za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną,
2. zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Mazowieckiego,
3. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować powiat o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) **nie później niż w ciągu 7 dni** od dnia nastąpienia zmiany,
4. akceptuję osobę asystenta dziecka z niepełnosprawnością (w przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności).

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