**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

 **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,**

Uczestnik Programu ………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………….

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko : ..................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................

**Część A.**

**Oświadczam, że wskazana osoba/kandydat na asystenta spełnia następujące warunki określone w Programie**:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny dziecka\* (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika 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)

☐ spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji usługi asystencji osobistej;

 .................................................................................

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

**Część B. - Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej ☐**

 ...............................................................................

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

*\*Zaznaczyć właściwe.*