

..... dnia.....  
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....  
imię i nazwisko opiekuna prawnego

### OŚWIADCZENIE

#### "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Oświadczam, że:

korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/  
projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....  
(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych  
programów/projektów);

nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/  
projektów finansowanych z innych źródeł;

korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa  
w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych w ramach  
Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych  
źródeł.

Proszę wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi:

.....  
 nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,  
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /usług finansowanych  
w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie  
finansowane z innych źródeł.

W celu sprawowania opieki nad uczestnikiem Programu zostało przyznane świadczenie  
pielęgnacyjne.

**TAK/NIE\***

**Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Głowczycach o  
zaistnieniu zmian dotyczących wyżej wymienionej sytuacji.**

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego