

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zdunach**

99-440Zduny, Zduny 1C

 Tel. 46 838 74 26, e-mail: gops@gminazduny.pl

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/podpisana………………………………………………………….…..………………… oświadczam, iż:

1) jestem/nie jestem\* opiekunem rodzicem lub osobą spokrewnioną pobierającą świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnowałam/zrezygnowałem ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością łącznie ze wskazaniami: 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; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;

2) korzystam/nie korzystam\* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez …………………………………………………………………………………………………………………
w wymiarze ………………………………………… godzin w miesiącu;

3) jestem świadomy/świadoma, 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 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;

4) wskazany przez zemnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej

☐ na asystenta wybieram (Imię i Nazwisko, telefon, e-mail)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………..……………………………………………............................……

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

☐ nie wskazuję asystenta.

\* zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat

Miejscowość ………………………………., data …………..………………….

..……………………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)