Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

DEKLARACJA

uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ja, niżej podpisany/a ……
deklaruję swój udział w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością " dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością " dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest bezpłatny.
4. W trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowane ze środków publicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do:
1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia,
2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,
5) zapoznania się Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

……
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

POUCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.