................................................................................. Przeworsk, dnia ……….……………………

 imię i nazwisko Uczestnika Programu

zam. Przeworsk, ul. ………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: …………………………….…………….…………………………

**OŚWIADCZENIE**

**o korzystaniu z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej lub innych usług opiekuńczych**

 **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Oświadczam, że:

* Korzystam\* / nie 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, organizator usług);

* Korzystam\* / nie korzystam\* z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w wymiarze:

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

 wpisać miesięczną lub tygodniową ilość godzin świadczonych usług, rodzaj usług, organizatora usług)

* Jestem\* / nie jestem\* uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior +, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę.

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

wpisać rodzaj placówki, dni tygodnia oraz godziny pobytu w placówce (od-do)

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

 ……………………………………………………………………

 podpis uczestnika

 Programu/rodzica/opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić