

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

Formularz Ośrodka Pomocy Społecznej w Piwnicznej-Zdroju

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że wskazuję niżej wymienioną osobę jako proponowanego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko osoby wskazanej:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Jednocześnie oświadczam, że według mojej wiedzy wskazana osoba:

- ☐ jest pełnoletnia;
- ☐ nie jest członkiem rodziny uczestnika w rozumieniu Programu;
- ☐ nie jest opiekunem prawnym ani kuratorem uczestnika;
- ☐ nie jest osobą sprawującą rodzinną pieczę zastępczą nad uczestnikiem;
- ☐ nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem;
- ☐ nie jest uczestnikiem programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej lub opieki wytchnieniowej;
- ☐ jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na rzecz uczestnika.

Przyjmuję do wiadomości, że wskazanie osoby asystenta przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego nie stanowi bezwarunkowej podstawy do zaakceptowania tej osoby przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Piwnicznej-Zdroju. Realizator Programu może odmówić zaakceptowania wskazanej osoby, jeżeli nie są spełnione warunki formalne Programu, występują okoliczności zagrażające bezpieczeństwu uczestnika, stwierdzono wcześniejsze nieprawidłowości w realizacji usług albo podano nieprawdziwe informacje.

W przypadku świadczenia usług na rzecz osoby małoletniej wymagane jest spełnienie warunków określonych w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oraz pisemna akceptacja osoby asystenta przez rodzica lub opiekuna prawnego.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

.....