



Zamość

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Oświadczenie uczestnika Programu dotyczące korzystania / niekorzystania
z Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2024,
finansowanego w ramach innych programów/projektów realizowanych przez inne podmioty**

1. Oświadczam że korzystam/nie korzystam* w chwili obecnej z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, finansowanych z innych programów/projektów w wymiarze godzin.

2. Proszę podać nazwę programu/projektu oraz nazwę podmiotu realizującego usługi

.....
3. W przypadku jakichkolwiek zmian w danych zawartych przeze mnie w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia w ciągu 1 dni od zaistniałej sytuacji przedstawicieli Stowarzyszenia „Magiczny Ogród” w Zamościu dzwoniąc lub wysyłając wiadomość tekstową pod numer telefonu 530 614 507 lub 507 458 222.

4. W godzinach realizacji usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi rehabilitacyjne finansowane ze środków NFZ lub PFRON, usługi pielęgniarstwa w ramach długoterminowych usług pielęgniarstwa lub świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej, 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), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, NFZ, PFRON lub z innych źródeł.

5. Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą.

*niepotrzebne skreślić

.....czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego