

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**  
**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -**  
**edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/a.....

**DEKLARUJĘ** swój udział w Programie i oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Zapoznałem/am się z Programem i 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.

**Oświadczam, że:**

a/ jestem świadomy/ma, że w godzinach 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować niezwłocznie o ww. formach wsparcia, jeżeli takie otrzymam z innych instytucji w trakcie ubiegania się oraz udziału w Programie realizowanym przez GOPS w Mrągowie.

b/ asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą ze mną. Zostałem/łam poinformowany/na, że na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

**Jednocześnie zobowiązuję się do:**

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych przeze mnie usługach asystentury osobistej, które wynikają z moich indywidualnych potrzeb i zostały ze mną uzgodnione i zaplanowane,
- 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 wszystkich niezbędnych dokumentów związanych z realizacją programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**
- 5) zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**Wyrażam/ nie wyrażam (\*niewłaściwe skreślić) zgodę na udostępnienie mojego wizerunku w postaci zdjęć, prezentacji, materiałów filmowych, w celu umieszczenia ich na stronach internetowych realizatora Programu – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Mrągowie.**

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis UP/opiekuna prawnego