

PROGRAM „CENTRUM USŁUG ASYSTENCKICH PRZY FUNDACJI CEWIMED ”

.....
(Imię i nazwisko)

.....

.....
(Adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „CENTRUM USŁUG ASYSTENCKICH PRZY FUNDACJI CEWIMED”

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że:

Wskazuję na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko asystenta

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny , nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,

Nie wybieram asystenta.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu)

PROGRAM „CENTRUM USŁUG ASYSTENCKICH PRZY FUNDACJI CEWIMED ”

Jestem świadom/a, że:

- usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu,
- na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznaje się: wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu,
- w trakcie realizacji usług asystencji osobistej (w tym samym czasie) 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 2021 r. poz. 2268 z późn.zm.), inne usługi finansowane w ramach PFRON lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych,
- realizator Programu obowiązany jest dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej,
- uczestnik Programu za usługi asystencji osobistej nie ponosi odpłatności,
- zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu)