

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO PROJEKTU
„ASYSTENCJA OSOBISTA DLA NIEZALEŻNOŚCI OSÓB Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”**

W związku z uczestnictwem w projekcie „Asystencja osobista dla niezależności osób z niepełnosprawnościami” oświadczam, że:

1. W godzinach świadczenia usługi asystenta w ramach projektu „Asystencja osobista dla niezależności osób z niepełnosprawnościami” nie będę korzystał/a z usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), innych usług opiekuńczych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł.
2. Usługi asystenckie w ramach projektu „Asystencja osobista dla niezależności osób z niepełnosprawnościami” nie będą świadczone przez osoby z najbliższej rodziny, za które 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 lub gdy Zleceniobiorca faktycznie zamieszkuje razem z BO.
3. W przypadku wskazania/rekomendacji asystenta/ów przez BO lub jego opiekuna prawnego do realizacji usług asystenckich (rubryka poniżej), wskazane osoby będą przygotowane do realizacji wobec niego usług asystencji osobistej.

Imię nazwisko oraz kontakt do wskazanego asystenta:

.....

.....
(miejscowość, data, podpis Beneficjenta Ostatecznego/ opiekuna prawnego)