**Fundusz Solidarnościowy**

**Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2024**

**Informacje dotyczące osoby wskazanej przez Wnioskującego o Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – kandydata na Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

1. **Wskazuję kandydata na Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:**
* **Tak**
* **Nie**

***Proszę zaznaczyć odpowiednie.***

1. **Dane Wnioskującego o Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:**
2. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......………………………………

***Proszę zaznaczyć odpowiednie:***

* jestem osobą, która bezpośrednio chce korzystać z asystencji osobistej,
* jestem opiekunem prawnym osoby, która bezpośrednio chce korzystać z asystencji osobistej,
* **NIE** JESTEM opiekunem prawnym osoby, która bezpośrednio chce korzystać z asystencji osobistej
1. Adres:

…………………………….…...................…….................………................................................................

1. **Dane osoby, która bezpośrednio chce korzystać z asystencji osobistej:**

***(Uwaga! Należy wypełnić tylko w przypadku, jeśli osoba wskazana w pkt II JEST osobą inną niż osoba wskazana w pkt III)***

1. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......………………………………

1. Adres:

…………………………….…...................…….................………................................................................

**Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich:**

* **Tak**
* **Nie**
1. **Dane kandydata na Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:**

***UWAGA! Wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK w pkt I***

1. Imię i nazwisko:

…………………………………………...................................................………….......……

1. Dane kontaktowe:
2. numer telefonu:………………………………………………………………………..
3. inna forma kontaktu (*np. e-mail, ePUAP, adres do korespondencji*):

…………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do realizacji usług asystencji osobistej dla osoby wskazanej w niniejszej informacji nie jest członkiem Jej rodziny, tzn.: nie jest Jej wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, teściową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą z Nią we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą z Nią w stosunku przysposobienia. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny

uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi

razem z uczestnikiem

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że realizacja Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 będzie możliwa pod warunkiem otrzymania przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi od Wojewody Pomorskiego środków z Funduszu Solidarnościowego, o których mowa w art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym zgodnie z harmonogramem wynikającym z zawartej z Wojewoda umowy.

Miejscowość, data ………………………………………..

…………………………..…………………………

podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego