Załącznik nr 6 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Radom, dnia ………………

……………………………………………

(nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej)

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

**I. Na asystenta w ramach Programu**  „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,

**wskazuję :** \*

Pana /Panią………………………………………………………………………………………

Zamieszkałego/łą ……………………………………………………tel.……………………….

Oświadczam, że ww. nie jest członkiem rodziny\* i nie zamieszkuje razem z uczestnikiem Programu.

**II. Informacja o dochodach.**

Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi...............….zł. (słownie złotych ………….............. ..........................................................................………………………………………)

**Przeciętny miesięczny dochód** *-* należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615,1265), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się.

**III . Oświadczam, że:**

1. jestem osobą samotnie zamieszkującą/ jestem osobą samotnie zamieszkującą i wychowującą dziecko/dzieci TAK **** NIE ****
2. jestem rodzicem/opiekunem prawnym samotnie zamieszkującym i wychowującym niepełnosprawne dziecko TAK **** NIE ****
3. uczestnik Programu zamieszkuje z inną osobą niepełnosprawną TAK **** NIE ****
4. korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa
w ustawie o pomocy społecznej lub usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w tym Programie, finansowane
z innych źródeł TAK **** NIE ****
5. byłam/-em uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

**jeżeli tak** należy podać ilość miesięcy ………………………… TAK **** NIE ****

1. zapoznała/-em się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, jak również zostałam/-em poinformowana/-y przez Realizatora Programu o limitach dotyczących świadczenia usługi asystencji osobistej, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania asystenta oraz że jestem uczestnikiem Programu, który współfinansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

……………………………………………………………….

*(data i podpis uczestnika Programu/rodzica//opiekuna prawnego)*

\* *W przypadku wskazania asystenta przez osobę niepełnosprawną należy dołączyć oświadczenie o zapoznaniu się przez asystenta z klauzulą informacyjną i RODO (Załącznik nr 2 i 3 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w Programie).*

\*\**Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz inną osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*