*Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu*

„*Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025*

………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane uczestnika Programu

**OŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE   
DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU**   
,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością’’– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

1. Oświadczam, że jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, lecz nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich **☐ tak ☐ nie**
2. Oświadczam, że:

☐ ubiegam się o przyznanie usług asystenckich w ramach Programu **,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością’’– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**  finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu tj. ( należy wpisać pełną nazwę podmiotu)……………………………………. ……………………………………………………………………… .

*WAŻNE: W momencie zakwalifikowania się do programu u innego podmiotu zobowiązuję się do powiadomienia PCPR w Wejherowie w formie pisemnej o przyznanej ilości godzin.*

☐ nie ubiegam się o przyznanie usług asystenckich w ramach Programu **,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością’’– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**  finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu

Zobowiązuję się do poinformowania PCPR w Wejherowie o każdej zmianie mającej wpływ na przyznanie usług asystenckich w szczególności, korzystania z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych podmiotów.

|  |
| --- |
|  |
| Podpis uczestnika Programu /opiekuna prawnego |