

Goczałkowice-Zdrój, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam poinformowana/y, iż złożenie Karty zgłoszenia do Programu „Asystent Osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2027, nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

POUCZENIE

1. Realizator Programu dokonuje oceny otrzymanych zgłoszeń do udziału w Programie. Kolejność zgłoszeń do udziału w Programie nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
2. Realizator Programu przyznaje usługi asystencji osobistej na podstawie Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Programu oraz **w pierwszej kolejności, na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.**
3. Ocena indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością powinna odnosić się do zbadania/weryfikacji:
 - 1) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
 - 2) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
 - 3) dostępności pomocy ze strony innych osób lub podmiotów. Przy ocenie dostępności pomocy ze strony innych osób lub podmiotów uwzględnia się pomoc realnie dostępną i faktycznie świadczoną, z uwzględnieniem jej zakresu, częstotliwości, regularności oraz dyspozycyjności osoby lub podmiotu udzielającego wsparcia. Ocenie podlega również wsparcie świadczone przez inne podmioty, w szczególności jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Wspólne zamieszkiwanie z inną osobą nie przesądza o możliwości uzyskania od niej pomocy.

.....
(Podpis uczestnika Programu)