

Zwoleń, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

Dodatkowe informacje i oświadczenia

I. Wybór asystenta: wskazanego przez PCPR wskazanego przez uczestnika*

Pan/Pani.....

zamieszkały(-ła) tel.....

Oświadczam, że ww. nie jest członkiem rodziny pozostającym ze mną tj. z uczestnikiem programu we wspólnym gospodarstwie domowym, nie jest opiekunem prawnym pozostającym ze mną tj. z uczestnikiem programu we wspólnym gospodarstwie domowym, ani inną osobą pozostającą ze mną tj. z uczestnikiem programu we wspólnym gospodarstwie domowym

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 (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 390 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r. - M.P. 2023, poz. 1030), według wzoru: [(5.549 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym.

III . Oświadczam, że:

- 1) jestem osobą samotnie zamieszkującą TAK NIE
- 2) zamieszkuje z inną osobą niepełnosprawną TAK NIE
- 3) 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 ze środków publicznych TAK NIE
- 4) byłam/-em uczestnikiem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”-edycja 2023 lub „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 TAK NIE
- 5) Jestem/ nie jestem** uczestnikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej, Dziennego Domu Seniora+ lub innej dziennej pomocy usługowej*** (wpisać) TAK NIE
- 6) zapoznałam/-em się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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;
- 7) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (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/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).

**niepotrzebne skreślić