Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w Programie
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

Kozienice, 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), 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 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru: [(3.244 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym.

**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 2021

 TAK **** NIE ****

1. zapoznała/-em się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, 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 2022 (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).