

Pszczyna, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z załącznikiem nr 14 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022: Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 przedstawiona przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w Warszawie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z załącznikiem nr 13 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022: Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 przedstawiona przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie.
3. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9, finansowane z innych źródeł.

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu