



Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



*Załącznik nr 4 do Regulaminu uczestnictwa
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021*

OŚWIADCZENIE

uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Ja niżej podpisany oświadczam, że uczestniczę w innych programach/projektach finansowanych przez Fundusz Solidarnościowy lub inne źródło (zaznacz właściwe):

☐

TAK,
Należy podać nazwę programu/projektu, w którym bierze się udział oraz (o ile to możliwe) szacunkową, miesięczną ilość godzin
.....
.....

☐

NIE

**Miesięczny limit godzin usług dla wszystkich programów nie może przekroczyć 60 godzin
(usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, programy ministerialne i inne)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (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).

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)