Załącznik nr 3 do *Regulaminu rekrutacji i udziału   
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.*

**Formularz informacyjny do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021**

1. **Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………………

1. **Osoba nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz nie zamieszkuje z innymi osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Osoba pozostaje w związku małżeńskim lub / i posiada wstępnych lub / i zstępnych, ale nie zamieszkuje wspólnie z nimi ani innymi osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Osoba w rodzinie:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Osoba nie korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,   
   o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do tego, o którym mowa w § 3 ust. 2 Regulaminu finansowane   
   z innych źródeł:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Osoba korzysta z usług, o których mowa w § 5 ust. 7 pkt. 2 lit. a Regulaminu   
   w wymiarze do 15 godzin miesięcznie:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Osoba korzysta z usług, o których mowa w § 5 ust. 7 pkt. 2 lit. a Regulaminu   
   w wymiarze powyżej 15 godzin miesięcznie:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Inna osoba nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem:**

**(proszę zaznaczyć odpowiedź)**

1. Tak.
2. Nie.
3. **Inna osoba pobiera świadczenie pielęgnacyjne z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem:**
4. Tak.
5. Nie.

………………………………………..

(podpis uczestnika programu)