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: ……

2. **Osoba nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz nie zamieszkuje z innymi osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi:**
(proszę zaznaczyć odpowiedź)

   a) Tak.

   b) 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)

   a) Tak.

   b) Nie.

4. **Osoba w rodzinie:**
(proszę zaznaczyć odpowiedź)

   a) Tak.

   b) Nie.

5. **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)

a) Tak.

b) Nie.

6. 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)

a) Tak.

b) Nie.

7. 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)

a) Tak.

b) Nie.

8. Inna osoba nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem:
(proszę zaznaczyć odpowiedź)

a) Tak.

b) Nie.

9. Inna osoba pobiera świadczenie pielęgnacyjne z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem:

a) Tak.

b) Nie.

……..
(podpis uczestnika programu)