……..
(Imię i nazwisko Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

…….
(adres zamieszkania)

…….
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach projektu „Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego" realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na realizację zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: kierunek pomocy 2. Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych**,** typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)**,** zadanie 13) świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej,

ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem **zatrudniony/a w innym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON lub innych środków publicznych, w którym realizuję usługi asystencji osobistej**

Nazwa projektu:……

Okres świadczenia usługi: od……. do……

Oświadczam, że łączne zaangażowanie w realizację zadań we wszystkich projektach dofinansowanych ze środków PFRON nie przekracza 276 godzin miesięcznie i zobowiązuję się prowadzić ewidencję godzin oraz zadań wykonanych w ramach każdego z projektów dofinansowanych ze środków PFRON.

……

(czytelny podpis Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)