

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że w miesiącu .....2026 r. podczas realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku, wykonywane przeze mnie godziny świadczenia usług nie pokrywały się czasowo z godzinami realizowanymi przeze mnie w ramach innych projektów, programów lub form wsparcia, w szczególności: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług opieki wytchnieniowej, innych usług asystenckich finansowanych ze środków publicznych lub prywatnych.

Ponadto oświadczam, że czas dojazdu do uczestnika lub przejazdu pomiędzy uczestnikami nie jest wliczany w czas świadczenia usług asystenckich.

Oświadczam, że godziny wykazane do rozliczenia w ramach ww. programu zostały zrealizowane wyłącznie w jego ramach i nie były rozliczane równoległe w żadnym innym projekcie ani programie.

Oświadczam, że powyższe jest zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.