



Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie Ministerstwa Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

OŚWIADCZENIE

(Oświadczenie dotyczące osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna)

Ja niżej podpisany:

.....

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

nr PESEL: **zamieszkały/a**

.....

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, **oświadczam co następuje: (* właściwe podkreślić)**

1. - zamieszkuję na terenie Gminy Harasiuki *

- nie zamieszkuję na terenie Gminy Harasiuki *

2. legitymuję się:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym *

- orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym *

- orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (dotyczy dziecka od ukończenia 2 do ukończenia 16 roku życia) *

- posiadam inne orzeczenie o niepełnosprawności (jakie)

.....
..... *

- nie posiadam żadnego orzeczenia o niepełnosprawności *

3. Jestem osobą:

1) - samotnie gospodarującą *

- prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobą/osobami * (liczba osób)



Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

2) - zamieszkującą i prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobami z niepełnosprawnością *

(proszę wskazać liczbę tych osób oraz ich stopień niepełnosprawności)

- nie zamieszkującą i nie prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobami z niepełnosprawnością*

3) - mam możliwość korzystania ze wsparcia bliskich *

- nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich *

4 . Oświadczam, że w roku 2025:

- nie będę korzystać z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów *

- będę korzystać z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów *

Nazwa programu / projektu

.....
.....

Nazwa organizatora usług / realizatora projektu lub programu:

.....
.....

Źródło finansowania usług asystenckich / fundusz :

.....
.....

W ramach w/w programów i projektów mam przyznanych łącznie w 2025 r.
godzin usług asystenta osobistego.

6. Oświadczam, że w roku 2025:

- nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych*

- będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych *

Rodzaj usług:

.....



Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Organizator usług:

.....

Wymiar usług:

.....

(wpisać miesięczną ilość godzin usług)

7. Oświadczam, że w roku 2025:

- nie będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior +, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę *
- będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior +, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę *

Rodzaj placówki:

.....

Godziny pobytu w placówce:

.....

8. Oświadczam, że w roku 2025:

- nie będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. *
- będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. w wymiarze godzin miesięcznie. *

9. Na mojego asystenta wskazuję panią/pana:

.....

zam:

nr telefonu

Oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, ani faktycznie nie zamieszkuje razem ze mną, o czym mowa w części IV ustępie 4 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025.

UWAGA: Za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że:

- o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby



Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Harasiukach, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

- zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

- zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

- wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Harasiukach w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do udziału w Programie oraz realizacji Programu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....

(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)

Pouczenie Art. 233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie