

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
dot. udziału w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny) oświadczam, co następuje

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Działający/a w imieniu (wpisać jeżeli dotyczy)

Zamieszkałego/ej

OŚWIADCZAM, że:

1. Jestem świadomy/a, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
2. Zapoznałem/am się z treścią programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024.
3. Jestem świadomy/a, że uczestnik programu nie ponosi odpłatności za usługi asystencji osobistej świadczone w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Jestem świadomy/a, że program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. Zobowiązuję się do poinformowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Niedźwiedziu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) **nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**
6. Do realizacji usług asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024:

NIE WSKAZUJĘ OSOBY

WSKAZUJĘ OSOBĘ

Wypełnić, jeśli dotyczy:

Informacje dotyczące wskazanej osoby:

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024



Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

- wyraziła zgodę na pełnienie funkcji Asystenta wobec mnie/mojego podopiecznego.
- nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny mojego podopiecznego (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, teściem, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą ze mną/moim podopiecznym we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną/moim podopiecznym w stosunku przysposobienia.
- nie jest moim/mojego podopiecznego opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą ze mną/moim podopiecznym

posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun, medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta

lub/oraz

posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu

lub/oraz

jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej wobec mnie/mojego podopiecznego

akceptuję wskazaną przez mnie osobę do świadczenia usług asystenckich wobec mojego dziecka:

..... (wypełnia przedstawiciel ustawowy dziecka do 16 roku życia)

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika programu/przedstawiciela ustawowego

Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego





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.

