



Program
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji
do udziału w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025
finansowanym ze środków Funduszu
Solidarnościowego Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE

(W przypadku, gdy oświadczenie dotyczy osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie
powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna)

Ja niżej podpisany/awiek

(imię i nazwisko)

nr PESEL: zamieszkały/a

.....

**Upředzony 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:**

1. **Zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie gminy Ścinawa;
2. **Legitymuję się*:**
 - 1) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym*
 - 2) orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym*
 - 3) orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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 do 16 roku życia); *
3. **Wymagam / nie wymagam*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;

*** (właściwe zakreślić)**



Program
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

4. Jestem osobą, która*:

- 1) nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych (tj. rodziców dziadków itd.) ani zstępnych (tj. dzieci, wnuki itd.) oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi *
- 2) pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi*
- 3) nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi *
- 4) pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych i zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi *

5. Oświadczam, że:

- 1) **korzystam*** / **nie korzystam*** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....

.....

(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów, organizator usług);

- 2) **korzystam*** / **nie korzystam*** 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 lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w wymiarze:

.....

.....

(wpisać miesięczną lub tygodniową ilość godzin świadczonych usług, rodzaj usług, organizatora usług)

- 3) **jestem*** / **nie jestem*** uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę

.....

.....

(wpisać rodzaj placówki, dni tygodnia oraz godziny pobytu w placówce od-do)

- 4) **korzystam** / **nie korzystam*** z innych form wsparcia np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. w wymiarze godzin miesięcznie.

*** (właściwe zakreślić)**



Program
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

6. Z tytułu sprawowania opieki nad mną inna osoba: pobiera / nie pobiera* świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;

7. Na mojego asystenta wskazuję panią/pana:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania.....

nr telefonu ,

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną (o czym mowa w części IV ustępie 4 i 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025).

Wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

8. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ścinawie, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;

9. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;

10. Zapoznałem/am się z „Regulamin rekrutacji do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;

11. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ścinawie 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 2016r. 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)

*** (właściwe zakreślić)**



Program
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Pouczenie Art. 233§ 1- § 2K.K.

§ 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

.....
(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)