

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisany/a **PESEL:**
zamieszkały/a

Upředzfony 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 zakreślić):

1. **zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie Gminy Pieniężno;

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 od 2 do 16 roku życia); *

3. **wymagam / nie wymagam*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;

4. **jestem osobą, która*:**

1) nie pozostaje / pozostaje w związku małżeńskim

2) nie posiada / posiada wstępnych (tj. rodziców, dziadków itd.)

3) nie posiada / posiada zstępnych (tj. dzieci, wnuki itd.)

4) nie zamieszkuje / zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi *

5. **jestem** osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich*?

☐ TAK

☐ NIE

6. **zmagam się** z ograniczeniami w zakresie*:

☐ komunikowania się:
(informacje na temat ograniczeń)

☐ poruszania się:
(informacje na temat ograniczeń)

☐ Inne (jakie?)

7. **oświadczam, że:**

- **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);

- **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)

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

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

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

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:

..... zam.
imię, nazwisko adres zamieszkania
..... nr telefonu,

Proponowana osoba nie jest członkiem mojej rodziny¹⁾, nie jest moim opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną, o czym mowa w części IV ustępie 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

- 1) Za członka rodziny uznaje się: wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.**

Wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej i biorę pełną odpowiedzialność za należyte wykonanie usług asystencji osobistej.

8. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pieniężnie, 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 „Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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 Pieniężnie 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 uczestnika lub opiekuna prawnego)

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