



Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

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 1997 r. Kodeks Karny) oświadczam co następuje:

Art. 233. § 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.

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały/a

działający/a w imieniu (wpisać jeżeli dotyczy)

zamieszkałego/ej

CZĘŚĆ I

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.

1

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





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

5. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej 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 z 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:**

- WSKAZUJĘ OSOBĘ**
- NIE WSKAZUJĘ OSOBY**

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika programu/przedstawiciela ustawowego

CZĘŚĆ II – WYPEŁNIĆ JEŻELI DOTYCZY

INFORMACJE DOTYCZĄCE WSKAZANEJ OSOBY

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (ZAZNACZYĆ „X” PRZY WŁAŚCIWYM):

- 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,

2

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





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

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.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika programu/ przedstawiciela ustawowego

CZĘŚĆ III – DOTYCZY PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA

OŚWIADCZENIE

Akceptuję wskazaną przeze mnie osobę do świadczenia usług asystenckich wobec mojego dziecka

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego

3

