

Rawicz, .......................................

.................................................................

imię i nazwisko uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

.................................................................

PESEL uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

..................................................................

adres zamieszkania uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczenie uczestnika/opiekuna prawnego \* uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 o sytuacji życiowej i stanie zdrowia

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z 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 do lat 8 - dobrowolnie oświadczam, że:

 1. Jestem/Podopieczny/a jest \* osobą:

 □ samotnie zamieszkującą

□ wspólnie zamieszkującą z rodziną, liczba osób współmieszkańców: ……………….…… , w tym - inne osoby z niepełnosprawnościami …………….. - osoby pracujące ………………

2.W swoim najbliższym otoczeniu mam/Podopieczny/a ma/ nie mam/Podopieczny/a nie ma\* osoby, które mogą mnie/Jego/Ją\* wspierać w codziennym funkcjonowaniu.

3.W miejscu zamieszkania poruszam się/ Podopieczny/a porusza się\*:

- na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych \* □ TAK □ NIE

- przy pomocy kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika \* □ TAK □ NIE

 - samodzielnie □ TAK □ NIE - jestem/ Podopieczny/a \* jest osobą leżącą □ TAK □ NIE

4.Opuszczam/ Podopieczny/a opuszcza\* mieszkanie w celu samodzielnych zakupów, wizyty lekarskiej, spaceru □ TAK □ NIE

 5.Potrzebuję/Podopieczny/a potrzebuje\* wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania □ TAK □ NIE

6. Jestem/ Podopieczny/a jest \*: □ osobą bezrobotną/poszukującą pracy\* zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy □ bierną zawodowo □ osobą pracującą □ emerytem/rencistą\* □ inne – jakie? (np. rolnik)………………………………………………………..……………………………………………………………………… W przypadku osoby pracującej:

 A. Jakiego rodzaju to praca? …………….………………………………………………..……………………………………………………………….…………

B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.) ………………………………………………………………..……………………………………………………………………………

C. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy? ……………………………………………….…………………………………………………………………………………………….

D. W zakładzie pracy mam/ Podopieczny ma wsparcie pracownika wspierającego/asystenta

 □ TAK □ NIE

7. Korzystam / Podopieczny/a korzysta \* ze wsparcia placówek wsparcia dziennego

 □ TAK , z jakich……………………………………………………….…………………..…………………………..

 □ NIE

8. Korzystałem/am / Podopieczny/a korzystał/a \* z Programu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

□ TAK, w jakich latach ………………………………….……………………………………………………………….………………

□ NIE

9. Korzystam/ Podopieczny/a korzysta\* z innych form wsparcia (np. usług opiekuńczych, opieki osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego w związku z opieką nade mną, prywatnej opieki, wsparcie pielęgniarki NFZ, itp.)

□ TAK, z jakiej ……………………………………………………………………..………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ NIE

 10. Poinformuję Centrum Usług Społecznych w Rawiczu o każdej zmianie sytuacji życiowej mojej/Podopiecznego mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

11. Ponadto oświadczam, że: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………… …………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………… …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

Miejscowość …………………………………., data …………………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić

\*\* Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym

 …………………………………………………………………………………..

Czytelny Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu

\*niepotrzebne skreślić \*\* Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym