Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

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