**Załącznik Nr 2 do Regulaminu**

Rekrutacji i udziału w Programie

„Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Olszanica, dnia ………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 r. realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy.

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

Ja niżej podpisany/a ................................................................................................

(imię i nazwisko)

nr PESEL: …………………………….

zamieszkały/a………………………………………………………............................................

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uprzedzony 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 Olszanica;
2. legitymuję się\*:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym\*

- orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym\*

- 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); \*

1. wymagam / nie wymagam\* usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;
2. jestem osobą, która\*:

- 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;

- pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionym\*

- nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi \*

- pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych   
i zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi \*

1. korzystam/ nie korzystam**\*** z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2024. poz. 1283 ze zm.). Jeżeli zaznaczono odpowiedź „korzystam” proszę podać miesięczny wymiar godzin …………………………
2. korzystam/ nie korzystam**\*** z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa”, „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „korzystam” proszę podać miesięczny wymiar godzin …………………………
3. korzystam/ nie korzystam**\*** usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „korzystam” proszę podać miesięczny wymiar godzin …………………………
4. z tytułu sprawowania opieki nade mną inna osoba pobiera / nie pobiera\* świadczenie pielęgnacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r.   
   o świadczeniach rodzinnych;
5. pobieram/nie pobieram**\*** świadczenia wspierające.
6. jestem\* / nie jestem\* uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy lub innego ośrodka wsparcia zapewniającego dzienną opiekę.

…………………………………………………………………………………….

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

1. - korzystam / nie korzystam\* z innych form wsparcia np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. w wymiarze ……………… godzin miesięcznie.
2. **Na mojego asystenta wskazuję Panią/Pana** ……………………………………….…………………………………………………..(imię i nazwisko)

zam.……………………………………………………………………………………...

nr telefonu …………………………………………………………….

**Proponowana 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 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Za członka rodziny uznaje się wstępnych (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) lub zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki), małżonka, rodzeństwo, teściów, 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.

1. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;
3. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy 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.

…………………………………………………….

(czytelny podpis Uczestnika Programu/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 najbliższym, 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