Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek

Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

 **OŚWIADCZENIE**

(Oświadczenie dotyczące osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna)

**Ja niżej podpisany:**

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

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

**nr PESEL:** ……………………………….……. **zamieszkały/a** ...............................................

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

Uprzedzony/a 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 podkreślić)**

1. - zamieszkuję na terenie Gminy Jarocin \* - nie zamieszkuję na terenie Gminy Jarocin \*
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 od ukończenia 2 do ukończenia 16 roku życia) \*
	* posiadam inne orzeczenie o niepełnosprawności (jakie)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………\*

* + nie posiadam żadnego orzeczenia o niepełnosprawności \*
1. **Jestem osobą:**
2. - samotnie gospodarującą \*
	* prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z …...…….. osobą/osobami \* (liczba osób)
3. - zamieszkującą i prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobami z

 niepełnosprawnością \* …………….………………………………………………..…

 (proszę wskazać liczbę tych osób oraz ich stopień niepełnosprawności)

* + nie zamieszkującą i nie prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobami z niepełnosprawnością\*
1. - mam możliwość korzystania ze wsparcia bliskich \* - nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich \*

**4 . Oświadczam, że w roku 2025:**

* nie będę korzystać z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów \*
* będę korzystać z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów \*

Nazwa programu / projektu

……………………………………………………………………………...…………………… …………………………………………………………..……………………………………….

Nazwa organizatora usług / realizatora projektu lub programu:

…………………………………….......………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………...

Źródło finansowania usług asystenckich / fundusz :

…………………………………...………………………………………………………………

…………………………………………………………………...………………………………

W ramach w/w programów i projektów mam przyznanych łącznie w 2025 r. ……………..….

godzin usług asystenta osobistego.

**6. Oświadczam, że w roku 2025:**

* nie będę korzystać 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 albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych\*
* będę korzystać 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 albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych \*

Rodzaj usług:

…………………………………………………………………………………………… Organizator usług:

………………………………………………………………………………………......

Wymiar usług:

…………………………………………………………………………………………..

(wpisać miesięczną ilość godzin usług

**7. Oświadczam, że w roku 2025:**

* nie będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior +,

Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę \*

* będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior +, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę \*

Rodzaj placówki:

………………………………………………………………………………….………

Godziny pobytu w placówce:

………………………………………………………………………...……

**8. Oświadczam, że w roku 2025:**

* nie będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. \*
* będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. w wymiarze ……………… godzin miesięcznie. \*

**9. Na mojego asystenta wskazuję panią/pana:**

…………………………………………….….............................................................................. zam: ……………………………………….................................................................................. nr telefonu ....................................................................................................................................

**Oświadczam**, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, ani faktycznie 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.

UWAGA: Za członków 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.

**Oświadczam**, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

**Oświadczam**, **że:**

- o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego 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) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Jarocinie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

* zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
* zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie ,,Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
* wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Jarocinie 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 kandydata lub opiekuna prawnego)

**Pouczenie Art. 233 Kodeksu Karnego:**

**§ 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**