

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu/
opiekuna prawnego)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025**

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
- 2) Zostałem/am poinformowany/a o:
 - a) prawach i obowiązkach udziału w Programie;
 - b) finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego;
 - c) braku odpłatności za usługi asystenckie realizowane w ramach Programu.
- 3) Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV ust. 12 Programu AOOD dla JST – edycja 2025, finansowane ze środków publicznych.
- 4) Zobowiązuję się poinformować 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.
- 5) Do realizacji usług asystencji osobistej:

korzystając z możliwości wynikającej z zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, rozdział IV pkt 4 ust. 3 na asystenta wskazuję:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)



Jednocześnie informuję, że wskazana przez mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny¹, nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.

Oświadczam, że wskazana osoba jest przygotowana do realizacji usług asystencji osobistej wobec mnie/mojego podopiecznego.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Zgodnie 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

¹ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.