

Oświadczenie uczestnika/uczestniczki
Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

Oświadczam:

- 1) Jestem osobą samotnie gospodarującą **Tak**☐ / **Nie**☐

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

☐ Nie posiadam osób bliskich.*

☐ Posiadam osoby bliskie* i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

☐ Posiadam osoby bliskie*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu (proszę podać powód)

.....
.....

- 2) Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą niepełnosprawną

Tak☐ / **Nie**☐ (wymagane dostarczenie orzeczenia o niepełnosprawności drugiej osoby z niepełnosprawnością, z którą wspólnie mieszkam oraz zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Ale nie ma możliwości wzajemnego wsparcia.

☐ Posiadam inne osoby bliskie*, i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

☐ Posiadam inne osoby bliskie*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu(proszę podać powód).....

- 3) Czy w swoim otoczeniu posiadasz osoby, które udzielają Ci pomocy? (sąsiad, przyjaciel znajomy/?

☐ Tak

☐ Nie

proszę podać kogo, w jakich czynnościach wsparcie, liczba godzin tygodniowo

.....

4) Czy korzystasz lub korzystałeś z usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych

☐ Tak korzystam, proszę podać ile godzin tygodniowo
.....

☐ Korzystałem/am, ale zrezygnowałem/am

☐ Nie

Jeśli zrezygnowałeś z usług opiekuńczych to proszę podać z jakiego powodu.

.....

5) Korzystam z ośrodka wsparcia np. dzienny dom pomocy, klub samopomocy, środowiskowy dom samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, dom pomocy społecznej, stowarzyszenia, fundacje, organizacje pozarządowe (*właściwe proszę podkreślić*)

☐ TAK ☐ NIE,

Jeśli TAK, podać nazwę i zakres wsparcia.....

.....

6) Jaki jest poziom samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych:

☐ Pełna samodzielność

☐ Konieczna jest pomoc podczas wykonywania czynności życia codziennego lub za pomocą sprzętu ortopedycznego. Potrzebna pomoc jest:

○ minimalna,

○ średnia

○ maksymalna

☐ Jestem całkowicie zależny/a od innych osób.

7) Jakie (trudności, bariery, wyzwania) napotykaś w życiu codziennym,

.....

.....

.....

8) Czy dziecko uczęszcza do placówki edukacyjnej: (dotyczy uczestników od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

9) Czy dziecko wychowywanym przez jednego rodzica/opiekuna prawnego (dotyczy uczestników od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

10) Czy rodzic(e)/opiekunowie prawni są aktywni zawodowo (dotyczy uczestników od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie dotyczy

*** 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

Oświadczam, że:

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego -:”Kto składając zeznania mące 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”

Jestem świadomy/a, że usługa asystencji osobistej polega na **wspieraniu** mnie przez asystenta w codziennym funkcjonowaniu.

Oświadczam, że złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026

Tak ☐ (podaj gdzie i o ile godzin wnioskowałeś/aś).....

Nie ☐.

Zapoznałem się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz z Regulaminu do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie świadczonych usług asystenckich przez Realizatora Programu.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym, a o wszelkich zmianach, jakie nastąpiły zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu w terminie 7 dni roboczych od dnia wystąpienia zmian.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie bądź opiekuna prawnego)

