



Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

nr PESEL: zamieszkały/a

.....
Upředzony 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 Ustrzyki Dolne;
2. **ukończyłem/am / nie ukończyłem/am 2. rok życia**;
3. **legitymuję się***:
 - 1) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym,
 - 2) orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczność 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. roku życia do ukończenia 16 roku życia),
 - 3) orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności innym niż wskazane w pkt 1 lub 2 lub nie legitymuję się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności;
4. **wymagam / nie wymagam*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;
5. **jestem***:
 - 1) osobą z niepełnosprawnością, która **nie ma możliwości** korzystania ze wsparcia bliskich i
 - a) samotnie gospodarującą
 - b) wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą/osobami
 - 2) osobą z niepełnosprawnością, która **ma możliwości** korzystania ze wsparcia bliskich;



6. **struktura mojej rodziny, jestem*:**

- 1) 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,
- 2) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub / i posiada wstępnych lub / i zstępnych oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi,
- 3) osobą, która nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi,
- 4) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub / i posiada wstępnych lub / i zstępnych i zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi

7. **korzystam / nie korzystam*** z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do tego, o którym mowa w części IV ustępie 22 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, finansowane ze środków publicznych:

w wymiarze godzin miesięcznie, w dniach
.....w godzinach....., przyznanych przez
.....
w wymiarze godzin miesięcznie, w dniach
.....w godzinach....., przyznanych przez
.....;

8. **jestem / nie jestem*** uczestnikiem Dziennego Domu Pomocy „Akademia Bieszczadzkiego Seniora”, Dziennego Domu „Senior+”, Środowiskowego Domu Samopomocy w Ustrzykach Dolnych, innego ośrodka wsparcia lub instytucji prowadzonej np. przez fundację lub stowarzyszenie, w której może skorzystać ze wsparcia co najmniej przez 5 dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 3 godzin dziennie:

nazwa podmiotu, którego osoba składająca oświadczenie jest uczestnikiem:

.....
w dniach
..... w godzinach.....;

9. z tytułu sprawowania opieki nad mną inna osoba **pobiera / nie pobiera*** świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;

10. **pobieram / nie pobieram** świadczenie wspierające przyznane na podstawie ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym;



11. **korzystam / nie korzystam*** z innych form wsparcia np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna w wymiarze godzin miesięcznie;

12. **na mojego asystenta wskazuję:**

.....
.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu kandydata na asystenta)

13. **Oświadczam, że wskazana wyżej osoba jest pełnoletnia i nie jest członkiem mojej rodziny, o którym mowa w części IV ustępie 4 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.**

14. **Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do świadczenia usług asystencji osobistej.**

15. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych; tel. 13 461 18 68, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia zmiany.

16. Zostałem/am poinformowany/a, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:

- usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
- usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile obejmują analogiczne wsparcie usługami asystencji osobistej, finansowane ze środków publicznych.

17. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji.

18. Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

19. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

20. Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu są zgodne ze stanem faktycznym.

21. Zapoznałem/am się z „Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

22. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych 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 uchylecia 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 K.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 najbliższemu, 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.