



Załącznik nr 3 do Regulaminu  
rekrutacji i udziału w Programie  
„Asystent osobisty osoby z  
niepełnosprawnością” – edycja 2024  
finansowanym ze środków Funduszu  
Solidarnościowego Ministra  
Rodziny i Polityki Społecznej

## OŚWIADCZENIE

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

**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. **zamieszkuje\*/ nie zamieszkuje\*** na terenie Gminy Kolbuszowa;

2. **legitymuję się\*:**

1) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub równoważnym (występowanie co najmniej dwóch rodzajów niepełnosprawności) \*

2) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym\*

3) 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); \*

3. **wygamam\*/ nie wygamam\*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;

4. **jestem osobą, która:**

1) 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) pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi\*

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

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



**5. oświadczam, że:**

- **korzystam\*** / **nie korzystam\*** z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....

.....  
(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów, organizator usług);

- **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 wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w wymiarze:

.....

.....  
wpisać miesięczną lub tygodniową ilość godzin świadczonych usług, rodzaj usług, organizatora usług)

- **jestem\*** / **nie jestem\*** uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennych Domów dla Seniorów, Warsztatów Terapii Zajęciowej, ośrodka wsparcia, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę.

.....

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

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

**6. z tytułu sprawowania opieki nad mną inna osoba pobiera\*/ nie pobiera\* świadczenie pielęgnacyjne** przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;

**7. Miesięczny dochód netto** mój\*/mojej rodziny\* wynosi ..... zł.

**7. jestem osobą w wieku:**

1) do 60 lat \*

2) powyżej 60 lat\*

8. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolbuszowej, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;



9. zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;

10. zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024;

11. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolbuszowej 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.

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 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.

.....  
(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)