



**Załącznik nr 1**

do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” –  
edycja 2022

## 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 .....

.....  
**Uprowadzony 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. **legitymuję się\***:
  - 1) orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub równoważnym
  - 2) orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym 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. **wymagam / nie wymagam\*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;
4. **jestem\***:
  - 1) osobą, która nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnym (tj. rodziców dziadków itd.) ani zstępnym (tj. dzieci, wnuki itd.) oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
  - 2) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub / i posiada wstępnym lub / i zstępnym oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
  - 3) osobą, która nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnym ani zstępnym oraz zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
  - 4) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub / i posiada wstępnym lub / i zstępnym i zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi



5. **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, które oferowane jest w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowane z innych źródeł:

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

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

6. **jestem / nie jestem\*** uczestnikiem Dziennego Domu Pomocy „Akademia Bieszczadzkiego Seniora”, Dziennego Domu „Senior+”, Środowiskowego Domu Samopomocy w Ustrzykach Dolnych lub innego ośrodka wsparcia:

nazwa podmiotu, którego osoba składająca oświadczenie jest uczestnikiem:

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

7. 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;

8. **na mojego asystenta wskazuję:**

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

**Proponowana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.**

**Wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej;**

9. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych; tel. 13 461 18 68, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;
10. zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;
11. zapoznałem/am się z „Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;



12. 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 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 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.