



załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowany przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

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):

Warunki formalne:

1. zamieszkuję / nie zamieszkuję* na terenie gminy Świlcza;
2. legitymuję się*:
 - znacznym stopniem niepełnosprawności albo
 - umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, albo
 - traktowanym na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 i 858).

Warunki premiujące:

3. jestem*:
 - 1) osobą z niepełnosprawnością samotnie gospodarującą i nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
 - 2) osobą z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
 - 3) osobą z niepełnosprawnością samotnie gospodarującą i mającą możliwość korzystania ze wsparcia bliskich;



- 4) osobą z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która ma możliwość korzystania za wsparcia bliskich;
- 4. posiadam/ nie posiadam*** orzeczenia z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 5. korzystam / nie korzystam*** z innych form wsparcia tj. usługi opiekuńcze i specjalistycznych usług opiekuńczych, sąsiedzkich usług opiekuńczych, usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej;
- 6. korzystam/ nie korzystam*** z dodatkowych świadczeń pieniężnych tj. świadczenia wspierającego, jak również członek mojej rodziny **pobiera/ nie pobiera*** świadczenia pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad mną

.....

(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.

***właściwe podkreślić**



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

*Dokumentacja programu pt.: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025 realizowanego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym*
