



Imię i nazwisko uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

PESEL uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

Adres zamieszkania uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

**Oświadczenie uczestnika/opiekuna prawnego \* uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026 o korzystaniu z innych usługach**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233. § 1 kodeksu karnego - 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- dobrowolnie oświadczam, że:

1. obecnie nie korzystam/korzystam\* / Podopieczny nie korzysta/korzysta\* z:

- ☐ usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dn. 12 marca 2004r. o pomocy społecznej

.....  
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

- ☐ usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego  
☐ Opieka wytchnieniowa      ☐ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

.....  
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

- ☐ usług obejmujących analogiczne wsparcie o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanego w ramach Funduszu Solidarnościowego, finansowane z innych źródeł.

.....  
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

- ☐ innych form wsparcia: opieki osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego w związku z opieką nade mną, prywatnej opieki, wsparcia pielęgniarstwa NFZ/usług sąsiedzkich/wolontariatu

.....  
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

2. nie uczęszczam / uczęszczam\* do placówki typu\*: Warsztatów Terapii Zajęciowej, Środowiskowego Domu Samopomocy, Dzienny Dom Senior+ lub innego ośrodka wsparcia dziennego:

.....  
(w przypadku uczęszczania należy podać nazwę i adres placówki, dni i godziny udziału w zajęciach)

3. Zobowiązuję się do niezwłocznego (lecz nie później niż w ciągu 7 dni) poinformowania realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rawiczu o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do korzystania z przyznanych usług asystenckich lub wymiaru limitu godzin usług asystenckich (np. o zmianie stopnia niepełnosprawności, korzystaniu z usług asystenckich finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów lub za pośrednictwem innego realizatora czy o zmianie miejsca zamieszkania).

Miejscowość ....., data .....

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu

\*niepotrzebne skreślić