



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 sytuacji życiowej i stanie zdrowia**

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. Jestem/Podopieczny/a jest \* osobą:

☐ samotnie zamieszkującą

☐ wspólnie zamieszkującą z rodziną, liczba osób współmieszkańców: ..... ,

w tym: - inne osoby z niepełnosprawnościami ..... - osoby pracujące .....

☐ przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

2. W swoim najbliższym otoczeniu nie mam/Podopieczny/a nie ma / mam/Podopieczny/a ma osoby, które mogą mnie/Jego/Ją\* wspierać w codziennym funkcjonowaniu.

*Jeżeli jest wsparcie, to kogo i jakie to jest wsparcie.*

.....  
.....

3. Jestem/Podopieczny/a jest \* osobą:

☐ niedowidzącą/niewidomą \*

☐ niedosłyszącą/niestyszącą\*

4. W miejscu zamieszkania poruszam się/ Podopieczny/a porusza się\*:

☐ samodzielnie

☐ z oprotezowaniem samodzielnie / z pomocą przedmiotu ortopedycznego-kuli, balkonika, laski\*

☐ na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych \*

☐ z pomocą przedmiotów ortopedycznych: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika \*

☐ jestem/ mój podopieczny jest\* osobą wyłącznie leżącą

5. Opuszczam/ Podopieczny/a opuszcza\* mieszkanie w celu m.in. zakupów, wizyty lekarskiej, spaceru, załatwiania spraw urzędowych ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli **TAK**, to jak:

☐ samodzielnie

☐ z opreżowaniem samodzielnie / z pomocą przedmiotu ortopedycznego: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika \*

☐ na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych \*

☐ z pomocą przedmiotów ortopedycznych: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika \*

6. Potrzebuję/Podopieczny/a potrzebuje\* wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania ☐

☐ **TAK** ☐ **NIE**

7. Jestem/ Podopieczny/a jest \*:

☐ Osoba aktywna zawodowo ☐ Osoba nieaktywna zawodowo

☐ Uczniem / studentem ☐ inne – jakie? (np. rolnik).....

**W przypadku osób aktywnych zawodowo należy wypełnić pkt A-D**

A. Jakiego rodzaju to praca?

.....

B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)

.....

C. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy?

.....

D. W zakładzie pracy mam/ Podopieczny ma wsparcie pracownika wspierającego/asystenta

☐ **TAK** ☐ **NIE**

8. Korzystałem/am / Podopieczny/a korzystał/a \* z Programu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

☐ **TAK**, w z jakiego i w jakich latach .....

☐ **NIE**

9. Złożyłem/am wniosek na przyznanie usług z Programu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” na rok 2026 w innej jednostce

☐ **TAK**, gdzie .....

☐ **NIE**

10. Ponadto oświadczam, że:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. 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).

12. Zapoznałem/am się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Powiecie Rawickim.

Miejscowość ....., data .....

.....  
**Czytelny Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu**

\*niepotrzebne skreślić