

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez
Ośrodek Pomocy Społecznej dotyczące wskazania asystenta osobistego

Ja niżej podpisany/-a:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Zamieszkały/-a:

ulica

nr domu

nr mieszkania

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy¹ oświadczam co następuje:

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Zamieszkały/-a:

ulica

nr domu

nr mieszkania

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Jednocześnie dołącza się dokumenty potwierdzające posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi asystencji osobistej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zakresu czynności, której wzór stanowi załącznik nr 8 do Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023) **lub co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.**

Wskazana osoba poza pełnieniem funkcji mojego Asystenta*:

1. Pracuje zawodowo, w dniach i godzinach*:
2. Nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą)*. ***niewłaściwe skreślić**

Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarze:

godzin miesięcznie.

2. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny², nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
3. Oświadczam, że w/w osoba jest mi znana osobiście i mam do niej zaufanie. Ponadto wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji usługi asystencji osobistej względem mojej osoby.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Fundusz lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 8, finansowane ze środków publicznych.
5. Jestem świadoma/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
6. **Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Miejscowość i data:

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

¹ Art. 233 kk - § 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 do lat 8

- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grozącą 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.

² Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uważa się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.