

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

Upředzony 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. **zamieszkuje / nie zamieszkuje*** na terenie gminy Lutowiska;
2. **legitymuję się*:**
 - 1) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym
 - 2) orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 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 wstępnych (tj. rodziców dziadków itd.) ani zstępnych (tj. dzieci, wnuki itd.) oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
 - 2) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych oraz nie zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
 - 3) osobą, która nie pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada wstępnych ani zstępnych oraz zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi
 - 4) osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych lub/i zstępnych 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, o którym mowa w części IV ustępie 8 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, finansowane ze środków publicznych: 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 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 nade mną inna osoba **pobiera / nie pobiera*** świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;
8. **korzystam / nie korzystam*** z innych form wsparcia np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna w wymiarze godzin miesięcznie.

9. **na mojego asystenta wskazuję:**

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

Proponowana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, o którym mowa w części IV ustępie 4 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Wskazana przeze mnie osoba spełnia przynajmniej jeden z poniższych warunków:
(proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź, możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi)

- 1) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
- 2) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

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

10. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Lutowiskach; tel. 13 461 00 55, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;
11. zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;
12. zapoznałem/am się z „Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w gminie Lutowiska” i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
13. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lutowiskach 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.