**Oświadczenie**

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

Ja niżej podpisany/a………………………………………………………………………………………………….…

Nr PESEL:………………………………………...Zamieszkały/a…………………………………………….…….…

………………………………………………………………………………………………………………………….……..

**Uprzedzony/a 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. **Zamieszkuję/nie zamieszkuję\*** na terenie gminy Wiskitki;
2. **Legitymuję się\*:**
3. orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym,
4. orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym,
5. orzeczeniem niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby 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);
6. **Wymagam/nie wymagam\*** usług asystenta w wykonaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;
7. **Jestem\*:**
8. osobą samotnie gospodarującą,
9. wspólnie zamieszkuje …………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

1. prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Korzystam/nie korzystam**  z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej na dzień złożenia Karty zgłoszenia do Programu ( załącznik nr 7)

w wymiarze………………………………………godzin miesięcznie, w dniach ……………..…………………………….………… w godzinach………………………….. przyznanych przez…………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Korzystam/nie korzystam**  z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego - Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, na dzień złożenia Karty zgłoszenia do Programu ( załącznik nr 7)

w wymiarze…………………………………………godzin miesięcznie, w dniach ……………..…………………………….………… w godzinach………………………….. przyznanych przez……………………………………………………………………………………………………………………

1. **Korzystam/nie korzystam** z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego - Opieka Wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 na dzień złożenia Karty zgłoszenia do Programu

( załącznik nr 7)

w wymiarze………………………………………godzin miesięcznie, w dniach ……………..…………………………….………… w godzinach………………………….. przyznanych przez…………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Jestem /nie jestem\*** uczestnikiem ośrodka wsparcia lub instytucji prowadzonej np. przez fundację lub stowarzyszenie:

w wymiarze ……………………………………………………………………………………………………….

w godzinach………………………………………………………………………………………………….……

nazwa podmiotu……………………………………………………………………………………………..…

1. **Korzystam/nie korzystam\*** z innych form wsparcia np. wolontariat, umowa cywilnoprawna w wymiarze ……..…………………………… godzin miesięcznie.
2. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiskitkach; tel. 46 892 11 24, nie później niż w ciągu 7 dni od zaistnienia zmiany.
3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiskitkach nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. **Na mojego asystenta wskazuję:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Proponowana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną ( za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem) o którym mowa w części IV ust. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.**

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

………………………………………………..………………………………..

(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 karna grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, 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 zaznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.