

***Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością –* edycja 2024**

…………………………..……………………

miejscowość, data

……………………..………………………

imię i nazwisko uczestnika Programu

………………………..……………………

adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego**

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

(imię i nazwisko)

nr PESEL: …………………..…………………………………...

zamieszkały/a .....…......................................................................................................................

Uprzedzony 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 Stężyca;

2. Wymagam / nie wymagam\* usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;

3. Jestem\*:

- osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

- osobą inną niż wskazana wyżej

4. - Na mojego asystenta wskazuję\*:

.......................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................... ,

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

- Nie wskazuję asystenta

Wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie zamieszkuje ze mną faktycznie, nie jest członkiem mojej rodziny, ani moim opiekunem prawnym.

Zgodnie z zasadami Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

5. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Ośrodek Pomocy Społecznej w Stężycy ; tel. 81 8663148, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;

6. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;

…………………………………………………………………………………………

(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 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 zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.