

Świerklany, dn. ....

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE SYTUACJI  
ŻYCIOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM  
W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU  
TERYTORYALNEGO – EDYCJA 2026**

Ja, niżej podpisany/a

.....

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a

.....

(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności, oświadczam, że:**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM**

1. Jestem osobą samotnie gospodarującą **Tak** / **Nie** oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

Nie posiadam osób bliskich.\*

Posiadam osoby bliskie\* i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

Posiadam osoby bliskie\*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu

.....  
.....

2. Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą niepełnosprawną **Tak** / **Nie** (wymagane jest przedstawienie orzeczenia o niepełnosprawności drugiej osoby z niepełnosprawnością, z którą wspólnie mieszkam) oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

Ale nie ma możliwości wzajemnego wsparcia.

Posiadam inne osoby bliskie\*, i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

Posiadam inne osoby bliskie\*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu

.....

3. Czy korzystasz lub korzystałeś z usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych lub usług sąsiedzkich?

Tak korzystam, podaj ile godzin miesięcznie

.....

Korzystałem/am, ale zrezygnowałem/am

Nie

Jeśli korzystałeś/aś to z jakiego powodu nastąpiła rezygnacja z usług opiekuńczych?

.....

4. Czy w najbliższym otoczeniu masz osoby (np. znajomych, sąsiadów), które mogą udzielić Tobie pomocy?

Tak (kogo, w jakim zakresie, liczba godzin w miesiącu):.....

Nie

5. Oceń swój poziom samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych:

Pełna niezależność

Konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności z wykorzystaniem urządzeń

pomocniczych, wykorzystywane są urządzenia pomocnicze. Oceń stopień potrzebnej pomocy:

potrzebna jest minimalna pomoc,

potrzebna umiarkowana pomoc,

potrzebna maksymalna pomoc.

Całkowita zależność od innych osób.

6. Opisz krótko swoją sytuację życiową (trudności, bariery, wyzwania):

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

7. Czy dzięki usłudze asystenckiej zamierzać korzystać z dóbr kultury, np. teatr, kino, muzeum, itp.:

- Tak
- Nie

Pytania 8-11 dotyczą dzieci (uzupełnia rodzic/opiekun prawny)

8. Czy dziecko uczęszcza do placówki edukacyjnej:
- Tak (podaj nazwę placówki).....
  - Nie
9. Czy dziecko wychowywanym przez jednego rodzica/opiekuna prawnego (dotyczy zgłoszeń od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):
- Tak
  - Nie
10. Czy rodzic(e)/opiekunowie prawni są aktywni zawodowo (dotyczy zgłoszeń od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):
- Tak
  - Nie
11. Czy w gospodarstwie domowym jest więcej niż jedno dziecko z niepełnosprawnością (dotyczy zgłoszeń od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.)?
- Tak (podaj ile) .....
  - Nie

Oświadczam, iż jestem świadomy/a, że usługa asystencji osobistej polega na **wspieraniu** mnie przez asystenta w codziennym funkcjonowaniu.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż usługa asystencji osobistej stanowi **uzupełnienie** usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych, a nie jest ich zastąpieniem.

Oświadczam, że równorzędnie złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 **Tak**  (podaj w jakiej i o ile godzin wnioskowałem/am ..... )/ **Nie** .

Oświadczam, że zobowiązuję się powiadomić Urząd Gminy Świerklany o przyznaniu mi usługi asystencji osobistej u innego realizatora Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, bądź innych tożsamyh usług asystencji osobistej finansowanych z innych środków.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz Regulaminu realizacji i udziału w procesie rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 obowiązującym w Urzędzie Gminy Świerklany i akceptuję jego treść.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że Realizator Programu może dokonać weryfikacji niniejszych informacji w miejscu zamieszkania, bądź wezwać mnie do złożenia dodatkowych wyjaśnień.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie świadczonych usług asystenckich przez Realizatora Programu.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym, a o wszelkich zmianach, jakie nastąpiły zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu w terminie 7 dni roboczych od dnia wystąpienia zmian.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie bądź opiekuna prawnego)

**\* Na potrzeby realizacji Programu** za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem