

Imię i nazwisko uczestnika Programu

PESEL uczestnika Programu

Adres zamieszkania uczestnika Programu



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Oświadczenie o sytuacji życiowej i stanie zdrowia Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233. § 1 kodeksu karnego - 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 - dobrowolnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą:

- samotnie zamieszkującą
- wspólnie zamieszkującą z rodziną, liczba osób współmieszkańców:

2. Legitymuję się orzeczeniem o :

- a) znacznym sprzężonym stopniu niepełnosprawności TAK NIE
- b) znacznym stopniu niepełnosprawności TAK NIE
- c) umiarkowanym sprzężonym stopniu niepełnosprawności TAK NIE
- d) umiarkowanym stopniu niepełnosprawności TAK NIE
- e) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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 TAK NIE

3. W miejscu zamieszkania poruszam się:

- na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych * TAK NIE
- przy pomocy kuli inwalidzkiej i/lub balkonika i/lub laski * TAK NIE
- samodzielnie TAK NIE
- jestem osobą leżącą TAK NIE

4. Opuszczam mieszkanie w celu samodzielnych zakupów, wizyty lekarskiej, spaceru

TAK NIE

5. Potrzebuję wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania

TAK NIE

6. Korzystałem/am z Programu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

TAK, w jakich latach

NIE

7. Korzystam z innych form wsparcia (np. usług opiekuńczych, opieki osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego w związku z opieką nad mną, prywatnej opieki, wsparcie pielęgniarki NFZ, itp.)

TAK, jakie

NIE

8. Ponadto oświadczam, że:

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

9. Poinformuję o każdej zmianie sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika Programu

*niepotrzebne skreślić