



Miejscowość....., dnia2026 r.

Imię i nazwisko uczestnika Programu

Adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika/opiekuna prawnego* uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
o korzystaniu z innych usług**

Oświadczam, że:

1. obecnie nie korzystam/korzystam* /uczestnik Programu nie korzysta/korzysta* z:

☐ usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

☐ usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego

☐ Opieka wytnieniowa

☐ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

☐ usług obejmujących analogiczne wsparcie o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanym w ramach Funduszu Solidarnościowego, finansowanych z innych źródeł

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)



☐ innych form wsparcia: opieki osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego w związku z opieką nad mną/uczestnikiem Programu*, prywatnej opieki*, wsparcia pielęgniarstwa NFZ*, usług sąsiedzkich*, wolontariatu

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

2. nie uczęszczam/uczęszczam /uczestnik Programu nie uczęszcza/uczęszcza* do placówki typu*: Warsztat Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dzienny Dom Senior+ lub innego ośrodka wsparcia dziennego:

.....
.....
(w przypadku uczęszczania należy podać nazwę i adres placówki, dni i godziny udziału w zajęciach)

3. Zobowiązuję się do niezwłocznego (lecz nie później niż w ciągu 7 dni) poinformowania Realizatora Programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do korzystania z przyznanych usług asystenckich lub wymiaru limitu godzin usług asystenckich (np. o zmianie stopnia niepełnosprawności, korzystaniu z usług asystenckich finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów lub za pośrednictwem innego realizatora czy o zmianie miejsca zamieszkania).

Jestem świadoma/świadomy* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

*niepotrzebne skreślić

** 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 od 6 miesięcy do lat 8”.