



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 sytuacji życiowej i stanie zdrowia**

Oświadczam, że:

1. Jestem/uczestnik Programu jest* osobą:

- ☐ samotnie zamieszkując,
- ☐ wspólnie zamieszkując z rodziną, liczba współmieszkańców:,w tym:
 - inne osoby z niepełnosprawnościami,
 - osoby pracujące
- ☐ przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- ☐ przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

2. W swoim najbliższym otoczeniu nie mam/uczestnik Programu nie ma/ mam/uczestnik Programu ma osoby, które mogą mnie/uczestnika Programu* wspierać w codziennym funkcjonowaniu.

Jeżeli jest wsparcie, to kogo i jakie to jest wsparcie.

.....

.....

3. Jestem/uczestnik Programu jest* osobą:

- ☐ niedowidzącą/niewidomą*,
- ☐ niedosłyszącą/niesłyszącą*.

4. W miejscu zamieszkania poruszam się/uczestnik Programu porusza się*:

- ☐ samodzielnie,
- ☐ z oprotezowaniem samodzielnie/z pomocą przedmiotu ortopedycznego - kuli, balkonika, laski*,



- ☐ na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych*,
- ☐ z pomocą przedmiotów ortopedycznych: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika*,
- ☐ jestem/uczestnik Programu jest* osobą wyłącznie leżącą.

5. Opuszczam/uczestnik Programu opuszcza* mieszkanie w celu m.in. zakupów, wizyty lekarskiej, spaceru, załatwiania spraw urzędowych ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli **TAK**, to jak:

- ☐ samodzielnie,
- ☐ z oprotezowaniem samodzielnie/z pomocą przedmiotu ortopedycznego: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika*,
- ☐ na wózku inwalidzkim samodzielnie/z pomocą innych*,
- ☐ z pomocą przedmiotów ortopedycznych: kuli inwalidzkiej i/lub laski i/lub balkonika*.

6. Potrzebuję/uczestnik Programu potrzebuje* wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania ☐ **TAK** ☐ **NIE**

7. Jestem/uczestnik Programu jest*:

- ☐ osobą aktywną zawodowo,
- ☐ osobą nieaktywną zawodowo,
- ☐ uczniem/studentem,
- ☐ inne – jakie? (np. rolnik).....

W przypadku osób aktywnych zawodowo należy wypełnić pkt A-D

A. Jakiego rodzaju to praca?

.....

B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)

.....

C. Czy jest to praca zdalna/stacjonarna w zakładzie pracy?

.....

D. W zakładzie pracy mam/uczestnik Programu ma wsparcie pracownika wspierającego/asystenta

☐ **TAK** ☐ **NIE**

8. Korzystałam/em/uczestnik Programu korzystał* z usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego

☐ **TAK**, z jakiego Programu i w jakich latach

.....

☐ **NIE**



9. Złożyłam/em /uczestnik Programu złożył* wniosek o przyznanie usług z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” na 2026 rok w innej jednostce

- ☐ **TAK**, gdzie
- ☐ **NIE**

10. Ponadto oświadczam, że:

.....

.....

.....

.....

.....

11. 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”.