



Miasto
Lędziny
Wydobywamy potencjał!

Lędziny, dnia

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

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

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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem