



**Program finansowany ze środków  
Funduszu Solidarnościowego**

Krościenko Wyżne, dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

.....  
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU/OPIEKUNA  
PRAWNEGO „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Oświadczam, że:

a) zamieszkuję /nie zamieszkuję\* na terenie Gminy Krościenko Wyżne;

2. Na asystenta wskazuję:

Imię i Nazwisko asystenta: .....

Telefon: .....

Wskazana osoba:

nie zamieszkuje razem ze mną, nie jest moim opiekunem prawnym ani nie jest członkiem mojej rodziny, tj. wstępnym lub zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonka, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;

3. Korzystam/ nie korzystam\*

a) z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....  
(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów, organizator usług);

b) korzystam\* / nie korzystam\* z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w wymiarze:



## Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

.....  
(wpisać miesięczną lub tygodniową ilość godzin świadczonych usług, rodzaj usług, organizatora usług)

- c) jestem\* / nie jestem\* uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę.

.....  
wpisać rodzaj placówki, dni tygodnia oraz godziny pobytu w placówce (od-do)

4. Z tytułu sprawowania opieki nade mną inna osoba pobiera/nie pobiera\* świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;
5. Pobieram/nie pobieram\* świadczenia wspierającego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 07 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym;
6. Jestem osobą, która\*:
- 1) ma/nie mam możliwości pomocy ze strony rodziny/institucji;
  - 2) mieszkam samodzielnie/mieszkam z pozostałymi członkami rodziny.

### 3. Oświadczam, że:

Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 743), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w cz. IV w ust. 17 Programu, finansowane ze środków publicznych.

Zobowiązuję się niezwłocznie jednak nie później niż w terminie do 7 dni poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) .

Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych (Klauzula informacyjna stanowiąca załączniki nr 15 do Programu oraz Klauzula



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

## Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025).

- Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 są zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym i prawnym.
- Zapoznałem/am się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
- Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Niepotrzebne skreślić