

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026
Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach

OŚWIADCZENIE

Wypisuje osoba składająca zgłoszenie do programu, w przypadku, gdy oświadczenie dotyczy osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

nr PESEL: zamieszkały/a

....., nr. telefonu.....

Jestem opiekunem prawnym/nie dotyczy*

Oświadczam, iż poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz że zostałam/zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, oświadczam co następuje:

1. Zamieszkuję / nie zamieszkuję* na terenie miasta Szamotuły;

2. Sposób poruszania się w domu*:

a) samodzielnie, **1 pkt**

b) za pomocą sprzętów ortopedycznych, z pomocą drugiej osoby itp. **2 pkt**

c)nie poruszam się samodzielnie, ani za pomocą sprzętów ortopedycznych (osoba leżąca, na wózku inwalidzkim), **3 pkt**

3. Sposób poruszania się poza miejscem zamieszkania*:

a) samodzielnie, **1 pkt**

b) za pomocą sprzętów ortopedycznych, z pomocą drugiej osoby itp. **2 pkt**

c)nie poruszam się samodzielnie, ani za pomocą sprzętów ortopedycznych (osoba leżąca, na wózku inwalidzkim), **3 pkt**

* Właściwe zaznaczyć

4. Sytuacja rodzinna- czy jest Pani/Pan*:

- a) osobą z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób, **5 pkt**
- b) osobą z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która korzysta ze wsparcia bliskich- **4 pkt**
- b) osobą z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, z osobą nieletnią lub z orzeczeniem o niepełnosprawności, która nie ma możliwości wzajemnego wsparcia, i nie korzysta ze wsparcia innych osób **3 pkt**
- c) osobą z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, z osobą nieletnią lub z orzeczeniem o niepełnosprawności, która nie ma możliwości wzajemnego wsparcia, i korzysta ze wsparcia innych osób **2 pkt**
- d) osobą z niepełnosprawnościami, wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która korzysta ze wsparcia bliskich, **1 pkt**

5. Czy korzystała Pani/Pan z programu Opieka wytchnieniowa 2025/AOON 2025*?

- a) tak- **1 pkt**,
- b) nie- **2 pkt**

6. Oświadczam, że*:

- a) **nie korzystam** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów finansowanych z innych źródeł, z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, **3 pkt**
- b) **korzystam** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów finansowanych z innych źródeł, z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, **do 20 godzin tygodniowo**, **2 pkt**
- c) **korzystam** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów finansowanych z innych źródeł, z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, **powyżej 20 godzin tygodniowo**, **1pkt**

7. Ocena indywidualna sytuacji uczestnika*:

- a) potrzeby osoby z niepełnosprawnością:
 - wysokie (niepełnosprawność sprzężona- co najmniej 2 symbole w orzeczeniu)- **2 pkt**
 - niskie (1 symbol w orzeczeniu) – **1 pkt**
- b) poziom samodzielności uczestnika:
 - samodzielny - **1 pkt**
 - niesamodzielny- **2 pkt**
- c) możliwość uzyskania wsparcia od innych osób:
 - jest - **1 pkt**
 - nie ma - **2 pkt (proszę wskazać powód)**

(.....)

10. Proponowana osoba jest osobą pełnoletnią i nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, i nie zamieszkuje razem ze mną, o czym mowa w części IV ustępie 4 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

11. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach, najpóźniej 7 dni po zaistnieniu zmiany;

12. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;

13. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;

14. Wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

.....
(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)

Pouczenie Art. 233§ 1- § 2K.K.

§ 1. 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie