

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/ gminy 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**