OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 realizowanego przez  
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Złotoryi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ja niżej podpisany(a)** | | |
| Nazwisko i imię |  | Telefon: |
| Zamieszkały(a): | 59-500 Złotoryja  ul. | |
| **Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidz1ianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy1 oświadczam co następuje:** | | |
| 1). W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach   Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” –   edycja 2022, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:  Nazwisko i imię: .........................................................................................................................  Adres zamieszkania: ..................................................................................................................  Telefon: ......................................................................................................................................  E- mail: ........................................................................................................................................ | | |
| 2). Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem  mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. | | |
| 3). Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego jest przygotowana   do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej. | | |
| 4). Zobowiązuję się do comiesięcznego potwierdzania realizacji godzin pracy przez w/w osobę – asystenta  osobistego osoby niepełnosprawnej - wykonywania umowy zlecenia zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym.  Powyższe będzie potwierdzane na Karcie realizacji usług asystenta. | | |
| 5). 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 2021 r. poz. 2268), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi   obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w pkt IV ust. 9 programu AOON, finansowane z innych źródeł. | | |
| **Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** | | |

Miejscowość i data .........................................................

………....................................................  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczeni

1 Art. 233 kk - § 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 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 najbliższym, 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.

……….........................................................  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)