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)