

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

W związku z ubieganiem się o udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 realizowanym przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia oświadczenia:

Proszę prawidłowe odpowiedzi oznaczyć znakiem X

1. Miejsce zamieszkania

Zamieszkuję na terenie gminy Świętochłowice, Chorzów lub Katowice (w rozumieniu Kodeksu cywilnego):

☐ tak ☐ nie

Inna gmina (jaka?)

Proszę uzasadnić potrzebę wsparcia w przypadku wskazania innej gminy spoza województwa śląskiego:.....

2. Wnioskowana liczba godzin wsparcia

Wnoszę o przyznanie w 2026 r. godzin usług asystencji osobistej, nie więcej jednak niż **413 godziny/rok**.

3. Korzystanie z usług asystencji finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego

☐ nie zostało mi przyznane wsparcie na rok 2026

☐ zostało mi przyznane wsparcie na rok 2026:

☐ „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych lub dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Przyznana liczba godzin na rok 2026:

4. Korzystanie z usług finansowanych przez PFRON

☐ korzystam z usług asystencji osobistej

☐ nie korzystam z usług asystencji osobistej

finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Wspieramy aktywność” nr 1/2024 i /lub konkursu „Siła możliwości” nr 1/2025. Nie dotyczy to sytuacji korzystania z usług asystenta osobistego oraz z usług asystenta dydaktycznego w placówce edukacyjnej.

5. Sytuacja mieszkaniowa

☐ jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, bez możliwości uzyskania wsparcia innych osób¹,

☐ jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniającą warunki o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mającą możliwości wzajemnego wsparcia ani korzystania ze wsparcia innych osób,

➤ Stopień niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej²:

☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy

☐ jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą jedynie z inną małoletnią osobą,

☐ jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną pełnoletnią osobą bez orzeczenia o niepełnosprawności,

☐ żadne z powyższych

6. Piecza zastępcza

Jestem osobą:

☐ przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej³ ☐ nie dotyczy

Jestem osobą:

☐ przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego⁴ ☐ nie dotyczy**7. Korzystanie z innych form wsparcia publicznego**

Korzystam ze wsparcia finansowanego ze środków publicznych w formie:

- ☐ środowiskowego domu samopomocy
- ☐ dziennego domu pomocy
- ☐ warsztatu terapii zajęciowej
- ☐ zakładu aktywności zawodowej
- ☐ centrum integracji społecznej
- ☐ klubu integracji społecznej
- ☐ świetlicy socjoterapeutycznej
- ☐ ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego
- ☐ nie dotyczy- nie korzystam ze wsparcia

8. Dane osoby do kontaktu (z rodziny lub inna zaufana osoba /nie do asystenta)

Imię i nazwisko: Telefon:

9. Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą,
2. Zobowiązuję się pisemnie poinformować Realizatora Programu o każdej zmianie danych w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie fałszywych oświadczeń,
4. W przypadku podania nieprawdziwych danych mających wpływ na zakwalifikowanie do Programu lub udzielone wsparcie — zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów usług asystencji.
5. Przyjmuję do wiadomości, że Realizator ma prawo weryfikować prawdziwość podanych informacji, w tym w miejscu zamieszkania oraz u innych realizatorów programów usług asystencji osobistej.
6. Zapoznałem/am się z Regulaminem Programu i akceptuję jego treść.

.....
(miejscowość, data).....
(czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością / opiekuna prawnego)

¹ Osoba, która prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie, bez osób, które mogłyby jej udzielać pomocy w codziennych sprawach życiowych, takich jak opieka, pomoc finansowa, czy inne formy wsparcia. Taka osoba nie ma kontaktu z rodziną, bliskimi lub nie może liczyć na ich pomoc z różnych powodów, takich jak odległość, brak relacji, problemy zdrowotne, sytuacja finansowa, lub inne trudności.

² traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

³ Dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka (na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

⁴ Dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim (na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).