

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026
Gmina Dębowiec

Dane uczestnika

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

1. Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie **Gminy Dębowiec** pod wskazanym wyżej adresem oraz że dane te są zgodne ze stanem faktycznym.

Zostałem/am poinformowany/a, że zamieszkiwanie na terenie gminy jest warunkiem udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

2. Oświadczenie o spełnianiu kryteriów uczestnictwa

Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa określone w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

Posiadam:

- orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności**
- orzeczenie o **umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**

niepełnosprawność sprzężoną

orzeczenie o **niepełnosprawności dziecka w wieku od 2 do 16 lat**

Numer orzeczenia:

Data wydania orzeczenia:

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

3. Oświadczenie o niekorzystaniu z innych usług asystenckich

Oświadczam, że w roku 2026 nie korzystam z innych usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych środków publicznych w ramach programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

4. Oświadczenie dotyczące osoby asystenta

Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do świadczenia usług asystencji osobistej nie jest członkiem mojej rodziny, nie zamieszkuje ze mną oraz nie prowadzi ze mną wspólnego gospodarstwa domowego, zgodnie z zasadami Programu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

5. Oświadczenie o braku odpłatności

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż udział w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 jest całkowicie nieodpłatny.

Nie ponoszę i nie będę ponosić żadnych kosztów związanych z realizacją usług asystencji osobistej świadczonych w ramach Programu.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

6. Zgoda na monitoring i kontrolę

Wyrażam zgodę na prowadzenie monitoringu oraz przeprowadzanie kontroli realizacji usług asystencji osobistej, w tym w miejscu mojego zamieszkania, przez upoważnionych pracowników Gminy Dębowiec oraz inne instytucje uprawnione do kontroli Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że odmowa poddania się monitoringowi lub kontroli może skutkować ograniczeniem lub odebraniem przyznanych godzin wsparcia.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

7. Zobowiązanie do informowania o zmianach

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na udział w Programie, w szczególności dotyczących:

- zmiany miejsca zamieszkania,
- zmiany stopnia niepełnosprawności,
- rozpoczęcia korzystania z innych usług asystenckich.

.....

(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

8. Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

9. Oświadczenie o prawdziwości danych

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w dokumentach związanych z udziałem w Programie są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

10. Oświadczenie o możliwości zmiany lub zmniejszenia liczby godzin

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż liczba godzin usług asystencji osobistej przyznanych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 może ulec zmianie w trakcie realizacji Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że wymiar godzin wsparcia może zostać zmniejszony lub zmieniony, w szczególności w przypadku:

- zmiany mojej sytuacji zdrowotnej lub życiowej,

- zmiany liczby uczestników Programu,
- ograniczenia środków finansowych przyznanych na realizację Programu,
- nieprzestrzegania zasad Regulaminu Programu,
- odmowy poddania się monitoringowi lub kontroli realizacji usług.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)