

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 2025 realizowanym przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia oświadczenia:

1. **mieszkam / nie mieszkam* (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) gminy: Siemianowice Śląskie, Piekary Śląskie, Chorzów, Katowice.**

Inna gmina (jaka?)

Proszę uzasadnić potrzebę wsparcia w przypadku wskazania innej gminy:

.....

2. **wnioskuję o przyznanie w ramach Programu realizowanego przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie na rok 2025godzin** usług asystencji, nie więcej jednak niż 396 godzin/rok.**

3. na dzień podpisania niniejszego oświadczenia **zostało mi przyznane / nie zostało mi przyznane*** wsparcie w formie usług asystencji osobistej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego na rok 2025 u innego Realizatora Programu:

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem X

☐ „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025. Przyznany wymiar godzin na rok 2025:godzin

☐ „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”. Przyznany wymiar godzin na rok 2025:godzin

☐ Nie dotyczy – nie zostało mi przyznane wsparcie w formie usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego na rok 2025 u innego Realizatora Programu.

4. **korzystam / nie korzystam* w okresie realizacji Programu z usług asystencji osobistej finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Możemy więcej” nr 1/2023 i /lub konkursu „Wspieramy aktywność” nr 1/2024 na realizację zadań na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (dotyczy kierunku 2 typ projektu „wsparcie realizowane poza placówką”, zadanie: „świadczanie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej”). Nie dotyczy to sytuacji korzystania z usług asystenta osobistego oraz z usług asystenta dydaktycznego w placówce edukacyjnej.**

5. **jestem / nie jestem* osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich**

6. **jestem / nie jestem* osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich tj. osobą, którą co prawda zamieszkuje z inną osobą, ale osoba ta nie prowadzi z nią (nie może prowadzić) gospodarstwa domowego z uwagi**

na niepełnosprawność lub okoliczność, iż jest to dziecko wspólnie zamieszkujące z osobą z niepełnosprawnościami samotnie prowadzącą gospodarstwo domowe.

UWAGA! Definicja osoby samotnie gospodarującej, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich wskazana w pkt. 5 i pkt. 6 odnosi się do osoby, 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.

7. korzystam / nie korzystam* ze wsparcia finansowanego ze środków publicznych w formie:

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem X

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

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian poprzez złożenie nowego oświadczenia.

Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

W przypadku podania nieprawdziwych danych mających wpływ na zakwalifikowanie do Programu oświadczam, że zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów poniesionych przez Realizatora Programu w związku ze sfinansowaniem usług asystencji osobistej.

Realizator Programu ma prawo zweryfikować w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością prawdziwość podanych informacji na każdym etapie realizacji Programu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego

*Niepotrzebne skreślić

**Proszę wpisać łączną liczbę godzin usług asystencji na okres trwania Programu