**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach

dotyczące wskazania asystenta osobistego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ja niżej podpisany/-a:** | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | | Telefon: | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Zamieszkały/-a: |  | | | | |  |  | |  |  |
| ulica | | | | |  | nr domu | |  | nr mieszkania |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej 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 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | | | Telefon: | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Zamieszkały/-a: |  | | | | |  |  | |  |  |
| ulica | | | | |  | nr domu | |  | nr mieszkania |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarze:** | | |  | | | | | **godzin miesięcznie.** | | |
| 1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny2, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. | | | | | | | | | | |
| 1. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, osoba posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikację do wykonywania w/w funkcji oraz osoba ta gwarantuje należyte wykonywanie tej funkcji. | | | | | | | | | | |
| 1. **Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** | | | | | | | | | | |

Miejscowość i data:......................................... …………………..…………...................................

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

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.

2 Zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz.111 ze zm.)

…………………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)