

Katowice, dn.

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY
ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO –
EDYCJA 2026**

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a

(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych
zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności, oświadczam, że:**

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM

1) Jestem osobą samotnie gospodarującą **Tak**☐ / **Nie**☐ oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Nie posiadam osób bliskich.*

☐ Posiadam osoby bliskie* i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

☐ Posiadam osoby bliskie*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu

2) Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą niepełnosprawną **Tak**☐ / **Nie**☐

(wymagane jest przedstawienie orzeczenia o niepełnosprawności drugiej osoby z niepełnosprawnością,
z którą wspólnie mieszkam) oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Ale nie ma możliwości wzajemnego wsparcia.

☐ Posiadam inne osoby bliskie*, i mam możliwość korzystania z ich wsparcia.

☐ Posiadam inne osoby bliskie*, jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia

z powodu

3) Czy korzystasz lub korzystałeś z usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych lub usług
sąsiedzkich?

☐ Tak korzystam, podaj ile godzin miesięcznie

☐ Korzystałem/am, ale zrezygnowałem/am

☐ Nie

Jeśli korzystałeś/aś to z jakiego powodu nastąpiła rezygnacja z usług opiekuńczych?

.....

4) Czy w najbliższym otoczeniu masz osoby (np. znajomych, sąsiadów), które mogą udzielić Tobie pomocy?

☐ Tak (kogo, w jakim zakresie, liczba godzin w miesiącu):.....

☐ Nie

5) Oceń swój poziom samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych:

☐ Pełna niezależność

☐ Konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności z wykorzystaniem urządzeń pomocniczych, wykorzystywane są urządzenia pomocnicze. Oceń stopień potrzebnej pomocy:

- ☐ potrzebna jest minimalna pomoc,
- ☐ potrzebna umiarkowana pomoc,
- ☐ potrzebna maksymalna pomoc.

☐ Całkowita zależność od innych osób.

6) Opisz krótko swoją sytuację życiową (trudności, bariery, wyzwania):

.....
.....
.....

7) Czy dzięki usłudze asystenckiej zamierzać korzystać z dóbr kultury, np. teatr, kino, muzeum, itp.:

☐ Tak

☐ Nie

Pytania 8-11 dotyczą dzieci (uzupełnia rodzic/opiekun prawny)

8) Czy dziecko uczęszcza do placówki edukacyjnej:

☐ Tak (podaj nazwę placówki):.....

☐ Nie

9) Czy dziecko wychowywanym przez jednego rodzica/opiekuna prawnego (dotyczy zgłoszeń od ukończenia

2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):

☐ Tak

☐ Nie

10) Czy rodzic(e)/opiekunowie prawni są aktywni zawodowo (dotyczy zgłoszeń od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.):

☐ Tak

☐ Nie

11) Czy w gospodarstwie domowym jest więcej niż jedno dziecko z niepełnosprawnością (dotyczy zgłoszeń od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż.)?

☐ Tak (podaj ile)

☐ Nie

Oświadczam, iż jestem świadomy/a, że usługa asystencji osobistej polega na **wspieraniu** mnie przez asystenta w codziennym funkcjonowaniu.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż usługa asystencji osobistej stanowi **uzupełnienie** usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych, a nie jest ich zastąpieniem.

Oświadczam, że równorzędnie złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 **Tak** ☐ (podaj w jakiej i o ile godzin wnioskowałem/am:)/ **Nie** ☐.

Oświadczam, że zobowiązuję się powiadomić Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach o przyznaniu mi usługi asystencji osobistej u innego realizatora Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, bądź innych tożsamyh usług asystencji osobistej finansowanych z innych środków.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz akceptuję treść Regulaminu realizacji i udziału w procesie rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 obowiązującym w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Katowicach.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że Realizator Programu może dokonać weryfikacji niniejszych informacji w miejscu zamieszkania, bądź wezwać mnie do złożenia dodatkowych wyjaśnień.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie świadczonych usług asystenckich przez Realizatora Programu.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym, a o wszelkich zmianach, jakie nastąpiły zobowiązuję się powiadomić Realizatora Programu w terminie 7 dni roboczych od dnia wystąpienia zmian.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie bądź opiekuna prawnego)

*** Na potrzeby realizacji Programu** za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem