

Załącznik 2 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021
realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzowie
dotyczące wskazania asystenta osobistego

Ja niżej podpisany/-a:

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Zamieszkały/-a:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	nr domu	nr mieszkania
Kod pocztowy:	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>

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:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Zamieszkały/-a:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	nr domu	nr mieszkania
Kod pocztowy:	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>

Wskazana osoba poza pełnieniem funkcji mojego Asystenta*:

1. Pracuje zawodowo, w dniach i godzinach*:
2. Nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą)*. ***niewłaściwe skreślić**

Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarze: godzin miesięcznie.

2. 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.

3. 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.

4. 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 najbliższemu, 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)