

Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2023

**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Przeciszowie dotyczące wskazania asystenta osobistego**

Ja niżej podpisany (a) :

Imię i nazwisko………………………………………………………………………telefon………………

Zamieszkały(a)………………………………………………………………..………………………………

**Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy 1 oświadczam co następuje:**

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Nazwisko i imię: ….....................................................................................................................

Adres zamieszkania: …...............................................................................................................

Telefon: …...................................................................................................................................

E- mail: ….....................................................................................................................................

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym

i faktycznie nie zamieszkuje razem ze mną 2

1. Wskazana osoba posiada wymagane przez Program kwalifikacje/doświadczenie zgodnie

z załączonymi dokumentami **3**

1. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Ponadto zobowiązuję się do comiesięcznego potwierdzania realizacji godzin pracy przez ww. osobę - asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej - zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym. Powyższe będzie potwierdzane na Karcie realizacji usług asystenta.

………………………………. …………………………………………….

Miejscowość i data (czytelny podpis uczestnika Programu

/opiekuna prawnego)

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 Za członków rodziny należy uznać wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu

3 Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu. W przypadku, gdy usługi będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności wymagane jest także: zaświadczenie o niekaralności; informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru; pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.