



Miejscowość....., dnia.....2026 r.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy/osoby z niepełnosprawnością

Adres zamieszkania

**Oświadczenie Wnioskodawcy/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
o korzystaniu z wsparcia**

Oświadczam, że:

1. obecnie nie korzystam/korzystam* / osoba z niepełnosprawnością nie korzysta/korzysta* z:

☐ usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

☐ usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego

☐ Opieka wytnieniowa

☐ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

☐ usług obejmujących analogiczne wsparcie o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanym w ramach Funduszu Solidarnościowego, finansowanych z innych źródeł

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)

☐ innych form wsparcia: opieki osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego w związku z opieką nad mną/Wnioskodawcą*, prywatnej opieki*, rodziny* wsparcia pielęgniarstwa NFZ*, usług sąsiedzkich (jeśli tak, na jaki okres zostały przyznane)*, wolontariatu

.....
(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku korzystania)



2. nie uczęszczam/uczęszczam / osoba z niepełnosprawnością nie uczęszcza/uczęszcza* do placówki typu*: Warsztat Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dzienny Dom Pobytu w Przysieku lub innego ośrodka wsparcia dziennego:

.....
.....

(w przypadku uczęszczania należy podać nazwę i adres placówki, dni i godziny udziału w zajęciach)

3. obecnie nie korzystam/korzystam* / osoba z niepełnosprawnością nie korzysta/korzysta* z wsparcia finansowego w postaci świadczenia wspierającego.

! Zobowiązuję się do niezwłocznego (lecz nie później niż w ciągu 7 dni) poinformowania Realizatora Programu o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do korzystania z przyznanych usług asystenckich lub wymiaru limitu godzin usług asystenckich (np. o zmianie stopnia niepełnosprawności, korzystaniu z usług asystenckich finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów lub za pośrednictwem innego realizatora czy o zmianie miejsca zamieszkania).

Jestem świadoma/świadomy* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....
(Podpis Wnioskodawcy/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić

** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „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 od 6 miesięcy do lat 8”.