

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

W związku z ubieganiem się o udział w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- a) **zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie województwa śląskiego**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐
- b) **nie przekroczę w 2024 r. limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐  
w realizowanym Programie oraz w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej:  
- 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:  
a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,  
b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;  
- 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:  
a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,  
b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- c) **nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych Programach/Projektach jeżeli realizacja usługi asystencji osobistej prowadzona jest w czasie i terminach zbieżnych z wnioskowanym wsparciem**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐
- d) **jestem osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐  
Dane kontaktowej do osoby z najbliższej rodziny (jeśli zaznaczono NIE):  
Imię i nazwisko....., tel. ....  
Stopień pokrewieństwa (matka/ ojciec/córka/syn, inne - jakie?) .....
- e) **jestem uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej, zajęć prowadzonych w ramach środowiskowego domu samopomocy, zajęć w Ośrodku Rehabilitacyjno – Edukacyjno – Wychowawczym lub zajęć w zakładzie aktywności zawodowej lub innego analogicznego wsparcia finansowanego ze środków publicznych**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐
- f) **w godzinach realizacji usług asystencji nie będą świadczone inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 11, finansowane ze środków publicznych.**  
**TAK** ☐ **NIE** ☐

Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....

(podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego)