

**Oświadczenie uczestnika programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

(Proszę wypełnić poniżej puste pola oznaczone linią).

Ja niżej podpisany/podpisana _____
zamieszkały/zamieszkała _____

oświadczam, że:

- 1) **liczba osób w moim gospodarstwie domowym wynosi:** _____,
w tym: osób z niepełnosprawnością: _____

(Jeżeli w gospodarstwie domowym są inne osoby z niepełnosprawnością, proszę
o przedstawienie do wglądu dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osób wspólnie
gospodarujących z Wnioskodawcą);

- 2) inne informacje
(proszę wpisać **TAK** lub **NIE** w kolumnie obok, po prawej stronie):

a) jestem osobą samotnie zamieszkującą i samotnie gospodarującą	
b) jestem osobą bezdzietną	
c) osoby zobowiązane do pomocy (moje dzieci) zamieszkują na terenie Gminy Batorz	
d) mam możliwość korzystania ze wsparcia osób bliskich	
e) nie mam możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich	
f) ubiegałam/ubiegałem się o usługi Asystenta osobistego na rok 2026 u innych Realizatorów (lub zamierzam ubiegać się o taką pomoc)	

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia OPS w Batorzu **o przyznaniu
bądź odmowie przyznania** mi usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” na rok 2026 realizowanego przez inny Podmiot (Stowarzyszenie,
Fundacja itp.).

Miejscowość, data i podpis uczestnika
Programu / opiekuna prawnego

WSPARCIE Z OTOCZENIA

(W tabeli poniżej proszę wskazać poziom wsparcia jaki otrzymuje Pan/Pani od rodziny lub innych osób, poprzez wpisanie znaku X w odpowiedniej kolumnie, po prawej stronie):

Rodzaj wsparcia	Brak	Ograniczone	Stale
pomoc w codziennych czynnościach			
pomoc w przemieszczaniu się			
pomoc w załatwianiu spraw urzędowych/medycznych			
towarzyszenie w aktywnościach społecznych			

SAMODZIELNOŚĆ W CODZIENNYCH CZYNNOŚCIACH

(W tabeli poniżej proszę wskazać poziom Pana/Pani samodzielności w każdej czynności, poprzez wpisanie znaku X w odpowiedniej kolumnie, po prawej stronie):

Czynność	Jestem całkowicie samodzielny / samodzielna	Jestem częściowo samodzielny / samodzielna	Wymagam pełnej pomocy
higiena osobista			
ubieranie			
przygotowanie i spożywanie posiłków			
sprzątanie, pranie			
poruszanie się w domu i poza domem			
załatwianie spraw urzędowych/zdrowotnych			
kontakty społeczne / udział w życiu społecznym			

W 2026 roku będę korzystać z następujących form wsparcia

(proszę wpisać **TAK** lub **NIE** w kolumnie obok, po prawej stronie):

a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze	
b) placówka pobytu dziennego (środowiskowy dom samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki wsparcia lub kluby/świetlice dla osób z niepełnosprawnością lub dla seniorów)	

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/zapoznałam się z warunkami udziału w Programie;
- 2) zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że zostałem/zostałam pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 i § 6 kk).

Miejscowość, data i podpis uczestnika
Programu / opiekuna prawnego
