

Oświadczenie

**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

1. Czy korzysta Pan/i z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.)?

Tak / Nie

2. Czy korzysta Pan/i z usług, o których mowa w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” w innej jednostce?

Tak / Nie

3. Czy pobierane jest świadczenie wspierające, pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania nad Panem/ią opieki?

Tak / Nie

4. Czy korzysta Pan/i z usług środowiskowych domów samopomocy?

Tak / Nie

5. Czy uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej?

Tak / Nie

6. Czy korzysta Pan/i z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych/ finansowanych z innych źródeł?

Tak / Nie

Jeśli tak to z jakich usług?

7. Czy jest Pan/i osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

Tak / Nie

8. Czy korzysta Pan/i ze wsparcia bliskich w sytuacji, gdy wspólnie Pan/i z nimi zamieszkuje i gospodaruje

Tak / Nie

Miejscowość, data
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)