



Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji Zarządzenia Nr GOPS.021.7.2024 z dnia 06 grudnia 2024 r.
Kierownika GOPS w Rudnikach

Rudniki, dnia

.....
(imię i nazwisko kandydata na Uczestnika / opiekuna prawnego)

.....
(adres)

**Oświadczenie o sytuacji rodzinnej kandydata na Uczestnika Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
- Oświadczam, że jako zakwalifikowany Uczestnik w ww. Programie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rudnikach o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług asystencji osobistej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, jak i w ramach innych programów lub projektów finansowanych ze środków publicznych, zarówno krajowych jak i wspólnotowych nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
- Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniami zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

TAK - 5 pkt

NIE – 0 pkt

- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą, posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniami zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, **która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich**. Za członków rodziny Uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych, małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem.

TAK – 5 pkt

NIE – 0 pkt



- Oświadczam, że jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi orzeczeniami zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, **która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.** Za członków rodziny Uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych, małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem.

TAK – 5 pkt

NIE – 0 pkt

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
(podpis kandydata na Uczestnika /opiekuna prawnego)

* Za członków rodziny Uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych, małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem.