...........................................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

.................................................................

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

dotyczące wskazania asystenta osobistego

Ja niżej podpisany, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań o których mowa w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t. j. Dz. U.   
z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam co następuje:

1) W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego dla ………………………………………………………………………………….:

Nazwisko i imię asystenta: ........................................................................................................

Adres zamieszkania: ..................................................................................................................

Telefon: ….................................................................................................................................

E- mail: …....................................................................................................................................

Wnoszę o realizację usług asystenta na poziomie ………….................... godzin miesięcznie.

2) Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny2, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

3) Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego jest przygotowana do realizacji usług asystencji osobistej.

4) Zobowiązuję się do comiesięcznego potwierdzania realizacji godzin pracy przez ww. osobę - asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej - wykonywania umowy zlecenia zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym. Powyższe będzie potwierdzane na Karcie realizacji usług asystenta.

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

*Pouczenie:*

*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*.

…................................................................

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)