**Zał. 3  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie  
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2024  
ze środków Funduszu Solidarnościowego**

**Oświadczenie uczestnika programu   
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2024”**

Ja niżej podpisany/a: ………………………………..…………………………………………., informuję oraz oświadczam:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 realizowanego przez Realizatora zadania
2. Oświadczam, że jestem osobą (zaznacz krzyżykiem):

□ samotnie zamieszkującą

□ wspólnie zamieszkującą z rodziną

1. Oświadczam, że w swoim najbliższym otoczeniu nie mam osoby/osób, które mogłyby mnie wspierać w codziennym funkcjonowaniu (rodzina, sąsiedzi itp.) (zaznacz krzyżykiem):

□ mam

□ nie mam

1. Status na rynku pracy (zaznacz krzyżykiem):

□ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

□ bierna zawodowo

□ osoba pracująca

□ nie dotyczy (w przepadku zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – pomiń punkt 4

1. W przypadku osoby pracującej:
2. Jakiego rodzaju to praca? ..................................................................................................................................
3. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)

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

1. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy? …………………………………………………..…….
2. Oświadczam, że korzystam z pomocy społecznej (np. korzystam ze wsparcia w ramach usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (zaznacz krzyżykiem):

□ TAK

□ NIE

1. Oświadczam, że korzystałem/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):

□ TAK

□ NIE

Jeśli TAK, w którym roku :……………………………………………………………………………………………………………..……….

1. Oświadczam, iż korzystam obecnie ze wsparcia w podobnym zakresie (usługi opiekuńcze, specjalistyczne, asystenckie) w ramach innych środków niż Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):

□ TAK, jeśli TAK to w jakim projekcie ………………………………………………

□ NIE

1. Oświadczam, iż korzystam z usług asystencji osobistej w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanym przez inny podmiot (zaznacz krzyżykiem):

□ TAK, jeśli TAK to w jakim podmiocie ………………………………………………………………….………………………………

□ NIE

1. Oświadczam, że wychowyję się w rodznie z więcej niż jednym dzieckiem niepełnosprawnym (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

□ TAK

□ NIE

□ nie dotyczy

1. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym przez jednego rodzica (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

□ TAK

□ NIE

□ nie dotyczy

1. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym w rodzinie zastępczej (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

□ TAK

□ NIE

□ nie dotyczy

1. Oświadczam, że poinformuję Realizatora zadania w Koszalinie o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………………………………..……

Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej się do Programu lub opiekuna prawnego