**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

Imię i nazwisko ….…………………………………………………………….……………….

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:

1. Korzystam ze wsparcia, które finansowane jest ze środków publicznych
o zakresie podobnym lub tożsamym do wsparcia świadczonego w ramach Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2024:
2. TAK
3. NIE
4. Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:
5. TAK
6. NIE
7. Mieszkam sam/sama w domu:
8. TAK
9. NIE
10. Korzystam ze wsparcia osób bliskich:
11. TAK
12. NIE

………………………………………., dnia ………………………………..r.

 (miejscowość)

……………………………………………

(czytelny podpis)

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.