Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024 w Gminie Halinów

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

(w przypadku, gdy oświadczenie dotyczy osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna)

Ja niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko)

nr PESEL: ……. **zamieszkały/a** .....

.....

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, **oświadczam co następuje**

(* właściwe zakreślić):

1. **zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie gminy Halinów;

2. **legitymuję się*:**

1) orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym*****

2) orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym*****

3) orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (dotyczy dziecka do 16 roku życia); *****

3. **wymagam / nie wymagam*** usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym;

4**. jestem osobą, która*:**

a) samotnie gospodarujące bez wsparcia najbliższych osób (tj. rodziców, dziadków, dzieci, wnuków i osób spokrewnionych) *****

b) samotnie gospodarujące z doraźnym wsparciem najbliższych osób (tj. rodziców, dziadków, dzieci, wnuków i osób spokrewnionych) *****

c) zamieszkujące wspólnie z osobami najbliższymi ze wsparciem tych osób (tj. rodziców, dziadków, dzieci, wnuków i osób spokrewnionych) *****

……..……
(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)