

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

### I. Oświadczenie

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia PCR)
	tak	nie	
1) sytuacja rodzinna i społeczna- rodzic/opiekun prawny samotnie zamieszkujący i wychowujący niepełnosprawne dziecko, który nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
2) sytuacja rodzinna i społeczna- rodzic/opiekun prawny wspólnie zamieszkują i gospodarują, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
3) rodzic/opiekun prawny zamieszkuje z osobą powyżej 75 roku życia lub zamieszkuje z inną osobą z niepełnosprawnością lub w gospodarstwie domowym przebywa inna osoba z niepełnosprawnością			
4) Osoba z niepełnosprawnością korzystająca z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2023 r. poz. 901) świadczonych przez inne instytucje np. ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych			
5) osoba z niepełnosprawnością korzystająca z usług asystencji osobistej, która w poprzedniej edycji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST- edycja 2024 wykorzystała, co najmniej 50 % godzin przyznanej usługi asystencji.			
6) osoba z niepełnosprawnością, która po raz pierwszy będzie korzystała z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (we wszystkich edycjach)			
	Suma		

Grodzisk Mazowiecki, dnia.....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)