

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

**I. Oświadczenie**

| Wyszczególnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Odpowiedzi |     | Pkt<br>(wypełnia) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | tak        | nie |                   |
| 1) rodzic/opiekun prawny samotnie zamieszkuje i wychowuje niepełnosprawne dziecko, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich                                                                                                                                                                                                                              |            |     |                   |
| 2) rodzic/opiekun prawny wspólnie zamieszkujący i gospodarujący, który nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich                                                                                                                                                                                                                                                |            |     |                   |
| 3) osoba z niepełnosprawnościami przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy |            |     |                   |
| 4) 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                                                                                                                                                                              |            |     |                   |
| 5) Osoba z niepełnosprawnością korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.) świadczonych przez inne instytucje np. ośrodki pomocy społecznej, centrum usług społecznych                                                         |            |     |                   |
| 6)osoba z niepełnosprawnością korzystała z usług asystencji osobistej, która w poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST (2024 i 2025) wykorzystwała, co najmniej 70 % godzin przyznanej usługi asystencji.                                                                                                                  |            |     |                   |
| 7)osoba z niepełnosprawnością, która po raz pierwszy będzie korzystać z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” ( we wszystkich edycjach Programu)                                                                                                                                                                  |            |     |                   |
| Suma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |     |                   |

Grodzisk Mazowiecki, dnia.....

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