

Katowice, dn. ....

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a .....  
(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)

### PROSZE ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności, oświadczam, że:

- 1) Jestem osobą samotnie gospodarującą **Tak**  / **Nie**   
oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
  - a) Nie posiadam osób bliskich\*
  - b) Posiadam osoby bliskie\* i mam możliwość korzystania z ich wsparcia
  - c) Posiadam osoby bliskie\*,  jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu .....
  
- 2) Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą niepełnosprawną **Tak**  / **Nie**   
oraz (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
  - a) Nie posiadam osób bliskich\*
  - b) Posiadam osoby bliskie\*, i mam możliwość korzystania z ich wsparcia
  - c) Posiadam osoby bliskie\*,  jednak nie mam możliwości korzystania z ich wsparcia z powodu .....

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie bądź opiekuna prawnego)

\* Na potrzeby realizacji Programu za osoby bliskie uznaje się **małżonka, wstępnego, zstępnego, rodzeństwo, powinowatych w tej samej linii lub stopniu, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, a także osobę pozostającą we wspólnym pożyciu.**