**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)*

**PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM**

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 wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.