



Jelenia Góra, dnia

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, deklarując udział w zadaniu realizowanym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami dla Organizacji Pozarządowych” – edycja 2026 oświadczam, że spełniam kryteria preferencyjne rekrutacji:

1. W przypadku osoby dorosłej:

- ☐ Nie korzystam w chwili przystąpienia do zadania z dofinansowania do usług opiekuńczych (zwykłych lub specjalistycznych)
- ☐ Posiadam niepełnosprawność uniemożliwiającą samodzielne przemieszczanie się i inne aktywności
- ☐ W mojej rodzinie znajduje się osoba z niepełnosprawnością (wspólne zamieszkiwanie)

2. W przypadku dziecka (wypełnia opiekun prawny/rodzic):

- ☐ Nie korzysta w chwili przystąpienia do zadania z dofinansowania do usług opiekuńczych (zwykłych lub specjalistycznych)
- ☐ Wychowuje się w rodzinie wielodzietnej
- ☐ Jest wychowywane przez samotnego rodzica/opiekuna
- ☐ Posiada niepełnosprawność uniemożliwiającą samodzielne przemieszczanie się i inne aktywności
- ☐ Oboje rodzice/opiekunowie są aktywni zawodowo
- ☐ W rodzinie uczestnika znajduje się osoba z niepełnosprawnością (wspólne zamieszkiwanie)

Podpis uczestnika / rodzica/opiekuna:

Informacja dotycząca usług opiekuńczych:

• Usługi zwykłe – standardowa pomoc w codziennych czynnościach, takich jak ubieranie, karmienie, higiena, drobna pomoc w domu, transport do szkoły czy na zajęcia.



**Karkonoski Sejmik
Osób Niepełnosprawnych**
Organizacja pożytku publicznego

Adres korespondencyjny:
ul. Osiedle Robotnicze 47a
58-506 Jelenia Góra

Kontakt:
biuro@kson.pl
+48 75 75 24 254
www.kson.pl

• *Usługi specjalistyczne – pomoc wymagająca kwalifikacji lub specjalistycznego sprzętu, np. opieka nad osobą z poważną niepełnosprawnością, rehabilitacja w domu, terapia zajęciowa, podawanie leków, obsługa sprzętu medycznego.*