

Pszczyna, dnia

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie uczestnika Programu „ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 - informowanie o zmianach

Oświadczam, iż zobowiązuję się poinformować PCPR w Pszczynie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), **nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.¹

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekun
prawnego uczestnika Programu

¹ art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”