



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Mysłowicach
41-400 Mysłowice ul. Gwarków 24
tel.(32) 222-28-12 fax (32) 222-12-89
sekretariat@mops-myslowice.pl
www.mops-myslowice.pl

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY
ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
– EDYCJA 2026**

(DOTYCZY DZIECI OD 2 DO 16 ROKU ŻYCIA)

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka)

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) Dziecko przebywa 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.: dzieci i osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art.37 ust. 1-6 tej ustawy, **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- 2) Dziecko przebywa w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim. , **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- 3) Jestem rodzicem samotnie wychowującym dziecko niepełnosprawne, **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- 4) Dziecko korzysta z innych form wsparcia **Tak** ☐ / tj.....**Nie** ☐
- 5) Korzystam/korzystałam/em ze wsparcia asystencji osobistej dla dziecka **Tak** ☐ / **Nie** ☐

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka)