

Załącznik nr 2: Oświadczenie opiekuna faktycznego.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO¹

Oświadczenie wypełnia opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej (czyli osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad osobą niesamodzielną; osobą taką może być także opiekun prawny)

Oświadczam, że ja niżej podpisana/ny
(imię i nazwisko) jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej zakwalifikowanej do projektu Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"

.....
(imię i nazwisko osoby, którą opiekuje się kandydat)

1. Dochód opiekuna faktycznego²

- ☐ Oświadczam, że prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe, a mój dochód wynosi:
- ☐ do 1.500,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 1.500,00 zł do 2.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 2.000,00 zł do 3.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 3.000,00 zł do 4.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 4.000,00 zł
- ☐ Oświadczam, że prowadzę wspólnie gospodarstwo domowe³, które ze mną stanowi
osoby/osób, a dochód na osobę wynosi:
- ☐ do 1.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 1.000,00 zł do 1.500,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 1.500,00 zł do 2.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 2.000,00 zł do 3.000,00 zł włącznie
 - ☐ powyżej 3.000,00 zł

2. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność⁴:		☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji ⁵
<i>Wypełnić jedynie w przypadku stwierdzonej niepełnosprawności</i>	Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki
Oświadczam, że mam pod opieką osobę z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, obłożnie chorą:		☐ Tak ⁶ ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji ⁷

¹ Wypełnia opiekun faktyczny i/lub opiekun prawny sprawujący faktyczną opiekę nad osobą niesamodzielną z powodu choroby otępiennej.

² Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

³ Rozumiane jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

⁴ W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁵ Odmawiam podania informacji, mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności.

⁶ Należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

⁷ Odmawiam podania informacji, mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności.

3. Oświadczenie

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, 2128): „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam**, że podane w niniejszym wniosku o objęcie wsparciem dane materialne, osobiste i rodzinne są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania w przypadku ich zmiany.*

*Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2019 poz. 1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – **wyrażam zgodę** na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Stowarzyszenie „Dobry Dom” z siedzibą w Woli Zarczyckiej 129A, 37-311 Wola Zarczycka do celów związanych z rekrutacją w ramach projektu Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu".*

Miejscowość, dnia
Czytelny podpis opiekuna faktycznego