

Oświadczenie uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja niżej podpisany/podpisana.....,

zamieszkały/a

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
3. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
4. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Wskazuję asystenta:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym lub zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia)
- nie jest moim opiekunem prawnym
- nie zamieszkuje ze mną
- Nie wskazuję asystenta**

Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)