

Oświadczenie uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Ja niżej podpisany/podpisana .....,

zamieszkały/a .....

Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej\*:

Wskazuję osobę:

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu .....

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), nie jest moim opiekunem prawnym i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że przekazałem/łam poniższą klauzulę informacyjną wyżej wskazanej osobie.

Nie wskazuję żadnej osoby

Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).

Miejscowość i data .....

.....

(Podpis składającego oświadczenie)

\* zaznacz właściwe