



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego Pani/Pan

.....
Imię i Nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu osoby wskazanej

.....
spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

Oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026¹.

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

¹ 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, ojcyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem