



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Jedlicze, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgodnie ze złożoną w dniu kartą zgłoszeniową do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Dziale III pkt. 4 dotyczącego wskazania asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję:

- ☐ na mojego osobistego asystenta
- ☐ asystenta mojego dziecka
- ☐ asystenta mojego podopiecznego

.....
imię i nazwisko, adres

.....
telefon, e-mail

1. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/moim dzieckiem/moim podopiecznym.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, posiada on odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji wobec mnie/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2026 finansowany jest w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**