

Ostrowiec Św., dnia

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego – jeśli dotyczy

OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Do realizacji usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

1) ☐ wskazuję asystenta:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu:

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba: (zaznaczyć X)

☐ nie jest członkiem mojej rodziny, tj. wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochę, ojczymem oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia;

☐ nie zamieszkuje ze mną.

2) ☐ nie wskazuję asystenta;

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 KK)

.....
Podpis uczestnika Programu lub opiekuna prawnego