



.....
Imię i Nazwisko Uczestnika

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania Uczestnika

.....
Numer telefonu Uczestnika

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH
PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

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

Pani/Pan

.....
.....

(imię i nazwisko asystenta oraz adres zamieszkania i numer telefonu)

**jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na moją/mojego podopiecznego rzecz
oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.**

**Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej/mojego podopiecznego
rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, moim/mojego podopiecznego opiekunem
prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną/moim podopiecznym.**

.....
(czytelny podpis uczestnika Programu lub
rodzica małoletniego / opiekuna prawnego)

¹ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.