

Sierpiec, dn.

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”**

☐ uczestnik Programu ☐ opiekun prawny reprezentujący uczestnika Programu

Oświadczam, że na asystenta osobistego wskazuję Pana/ Panią:

.....

.....
(Imię, nazwisko, tel. kontaktowy, adres zamieszkania)

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazana przeze mnie 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).

2. akceptuję osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego, znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

.....
(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)