



.....  
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<sup>1</sup>, moim/mojego podopiecznego opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną/moim podopiecznym.**

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

.....  
<sup>1</sup>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 we wspólnym gospodarstwie domowym