

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczam, że wskazuję na asystenta:
Imię i nazwisko asystenta

Nr telefonu, adres e-mail

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- Nie jest członkiem mojej rodziny, zgodnie z zapisami Programu *;
- Nie jest opiekunem prawnym;
- Nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego ze mną gospodarstwa domowego;
- Posiada odpowiednie przygotowanie do realizacji wobec mnie usług asystencji

osobistej. Wskazana przeze mnie osoba poza pełnieniem na moją rzecz funkcji Asystenta:

Pracuje zawodowo, w dniach i godzinach:

Nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą):

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) , inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

* 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.

.....
Czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie/opiekuna prawnego