

Biała Podlaska,

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu / opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
finansowanego z Funduszu Solidarnościowego

Ja, niżej podpisany/a, w związku częścią IV ust. 4 Programu, oświadczam, że:

☐ na asystenta wskazuję:
/imię i nazwisko, nr telefonu/

Ponadto oświadczam, że wyżej wymieniony wskazany przeze mnie asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny / osoby, na rzecz której mają być świadczone usługi asystencji osobistej,*
- nie jest moim opiekunem prawnym / osoby, na rzecz której mają być świadczone usługi asystencji osobistej,*
- nie zamieszkuje razem ze mną / z osobą, na rzecz której mają być świadczone usługi asystencji osobistej,*
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej / wobec osoby, na rzecz której mają być świadczone usługi asystencji osobistej.*

Zgodnie z częścią IV ust. 5 Programu, 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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

☐ nie wskazuję asystenta.

.....
podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego

Zgodnie z art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*niepotrzebne skreślić