



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Projekt realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego

Adres zamieszkania.....

Telefon:

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”-
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 wskazuję:

Pana/Panią.....
Imię i nazwisko osoby wskazanej

.....
adres zamieszkania *telefon*

do świadczenia usługi asystencji osobistej. Jednocześnie oświadczam, że:

1. Oświadczam, że osoba wskazana przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.
2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi asystencji osobistej nie jest członkiem mojej rodziny¹
3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego

¹ 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, ojcyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem