



....., ..... 2025 r.  
miejscowość, data

.....  
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....

adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

### „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

1. Oświadczam, że wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu kandydat na mojego asystenta/ asystenta mojego dziecka\*

Pan/Pani.....  
imię i nazwisko osoby wskazanej

dane kontaktowe wskazanego asystenta (tj. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail): .....

.....

- nie jest / jest \* członkiem mojej rodziny tj. wstępnym lub zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym lub zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochę, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

- nie jest / jest \* opiekunem prawnym moim/ mojego dziecka\*

- nie zamieszkuje/ zamieszkuje\* razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem\*

- w okresie co najmniej 6-ciu miesięcy udzielał/nie udzielał\* mi/ mojemu dziecku\* bezpośredniej pomocy w formie wolontariatu / jako asystent osobisty/ odpłatnie\*

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

podpis uczestnika Programu/

opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego