…… ……., ……..
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka *Miejscowość* *data*

…….…….

…….……
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA ORGANIZAJI POZARZADOWYCH – EDYCJA 2026

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na[1]:

- ☐ mojego osobistego asystenta,

- ☐ asystenta mojego podopiecznego……..…….……..,
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

- ☐ asystenta mojego dziecka:……..……,
imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią…….……
imię i nazwisko asystenta
dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):
…….…….
……..

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- jest pełnoletni
- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem[2],
- jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.
- potwierdzam, że asystentem nie jest osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej.

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

…….
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

[1] zaznaczyć właściwe
[2] właściwe zakreślić