



.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu
lub opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika Programu* wskazuje Panią/Pana jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystencji w ramach ww. Programu.

Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością:

- 1) jest/nie jest* członkiem rodziny¹ Uczestnika Programu,
- 2) jest/nie jest* opiekunem prawnym Uczestnika Programu,
- 3) zamieszkuje/nie zamieszkuje* razem z Uczestnikiem Programu,
- 4) jest/nie jest* przygotowany do realizacji wobec Uczestnika Programu usługi asystencji osobistej.

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*niewłaściwe skreślić

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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.