



.....  
(miejscowość i data)

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

.....  
(adres zamieszkania)

### DELKARACJA

**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 2024.**

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 rodziny<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.