

**Oświadczenie do Karty zgłoszenia do
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

Ja niżej podpisany/podpisana

.....

zamieszkały/a

.....

Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej*:

Wskazuję osobę:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), nie jest moim opiekunem prawnym i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

Nie wskazuję żadnej osoby

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).

Miejscowość i data

.....

(Podpis składającego oświadczenie)

* zaznacz właściwe