Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Projekt realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko…….
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego

Adres zamieszkania……..…..…

Telefon: ……..….

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu **„ Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"- dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025** wskazuję:

Pana/Panią……
Imię i nazwisko osoby wskazanej

……..…… ……
adres zamieszkania *telefon*

do świadczenia usługi asystencji osobistej. Jednocześnie oświadczam, że:

1. Oświadczam, że osoba wskazana przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.
2. Oświadczam , że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi asystencji osobistej nie jest członkiem mojej rodziny[1]
3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……..
Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego

[1] Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linni bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linni bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem