



.....  
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....  
(adres uczestnika Programu)

**Oświadczenie uczestnika Programu  
"Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością"  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję "Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością"

Pana/Panią .....  
(imię i nazwisko asystenta, dane kontaktowe np. adres zamieszkania, nr telefonu)

i oświadczam, że  
wskazany przeze mnie asystent jest osobą, spełniającą wymogi o których mowa w części IV pkt.4 i 5<sup>1</sup> ww. Programu

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

<sup>1</sup>część IV Programu pkt.4 Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem

(część IV Programu) pkt.5Na 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

